

《現況調査票》 保護者用

記入者 父・母・その他()

記入年月日

令和 年 月 日

児童名	男・女		生年月日	年	月	日		
障害の種類及び程度	<input type="checkbox"/> 身体障害手帳(種 級) <input type="checkbox"/> 愛の手帳(度) <input type="checkbox"/> 精神手帳(級) <input type="checkbox"/> 手帳なし							
幼稚園・保育園	<input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保育園			<input type="checkbox"/> 通学・通園なし				
学校	小・中・高等学校 普通級・支援学級・固定級・特別支援学校							
通院状況	病院名	病院		科	通院頻度	日/月・不定期		
	病院名	病院		科	通院頻度	日/月・不定期		
家族の状況 <small>※本人含まない ※記入欄が足りない場合は備考欄にご記入ください。</small>	保護者	氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 未就労 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート	最寄り【 駅】 就労時間【 : ~ : 】	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病有	
		氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 未就労 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート	最寄り【 駅】 就労時間【 : ~ : 】	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病有	
	兄弟・姉妹	氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 未就学	保育園・学校名等		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病有
		氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 未就学	保育園・学校名等		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病有
	その他親族	氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居(県)	育児協力状況 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 困難		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病有
		氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居(県)	育児協力状況 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 困難		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病有
		氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居(県)	育児協力状況 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 困難		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病有
		氏名	続柄	年齢	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 非同居(県)	育児協力状況 <input type="checkbox"/> 定期的 <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 困難		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病有
発達や身体 の状況 について	例) 言葉の遅れが気になる、座位がとれない等							
日中活動 (保育園、 学校等)	例) 友達と楽しく過ごしている、コミュニケーションが苦手等							
自宅での様子	よくしている遊び、習い事など							
医療的ケア について	有・無							
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈カテーテルの管理 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイの管理 <input type="checkbox"/> 痙攣時における座薬挿入、吸引、酸素投与又は迷走神経刺激装置の作動等の処置	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> ネブライザーの管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 皮下注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 継続的な透析	<input type="checkbox"/> 排便管理 <input type="checkbox"/> 気管切開の管理 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖管理測定				
備考								

※ご本人やご家族の状況を把握するものです。わかる範囲でご記入ください。