健康生活状態申告書

児童受け入れの際の参考としますので、必ずご記入ください。

記入日：　　年　　月　　日	記入者氏名：

１利用を希望されるお子さんについてお答えください。

（１）食事、排便、着脱衣、身辺整理等を自力で行うことができますか。

（　できる　・　部分的に介助〔　　〕・全て介助　）

（２）介助を求めることなく、集団生活を送ることができますか。

（　できる　・　部分的に介助〔　　〕・全て介助　）

（３）食物アレルギーをお持ちですか。

（　いいえ　・　はい〔　　〕）

（４）慢性疾患をお持ちですか。

（　いいえ　・　はい〔　　〕）

（５）現在、治療又は相談している病院・施設はありますか。

（　いいえ　・　はい〔病名・障害名等：　　〕

〔病院名・通所施設名：　　〕

（６）医療行為（投薬等）が必要ですか。

（　いいえ　・　はい〔　　〕）

（７）発達障害の診断を受けたことがありますか。

（　いいえ　・　はい　診断名〔　　〕診断機関〔　　〕

（８）療育手帳または身体障害者手帳をお持ちですか。

（　いいえ　・　はい　療育手帳〔程度　　〕、身体障害者手帳〔　　級〕）

２健康面や生活面で気になること、あらかじめ伝えておきたいこと等ありましたら、ご記入下さい。

（　　）

備考欄