

記入日：令和 年 月 日 記入者氏名：

(ふりがな) 児童氏名	男・女	入園希望 4月1日 現在年齢	歳	生年 月日	令和・平成 年 月 日生
住所	小学校区		連絡先	(自宅/携帯)	
保護者氏名	家族構成				
診断名 (合併症含む)					
手帳等の 取得状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 種 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ A・B・その他： ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
医療や福祉 サービスの 利用状況	医療機関（ ） 診療科（ ） 主治医（ ） 通院頻度（ / ） 医療機関（ ） 診療科（ ） 主治医（ ） 通院頻度（ / ） 医療機関（ ） 診療科（ ） 主治医（ ） 通院頻度（ / ） <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所（ ） 担当者（ ） 利用頻度（ / ） <input type="checkbox"/> 訪問リハ事業所（ ） 担当者（ ） 利用頻度（ / ） <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所（ ） 担当者（ ） 利用頻度（ / ） <input type="checkbox"/> 計画相談支援事業所（ ） 担当者（ ） <input type="checkbox"/> その他相談機関（ ） 担当者（ ）				
既往歴	<input type="checkbox"/> 入院歴 医療機関（ ） 診療科（ ） 期間（ ） 医療機関（ ） 診療科（ ） 期間（ ） <input type="checkbox"/> けいれん発作あり 頻度・時間（ ） 症状・対応（ ） <input type="checkbox"/> アレルギーあり アレルゲン（ ） 症状・対応（ ）				
服薬状況	薬品名と回数（量）				
出生時の状況、発育・発達で心配な事項					
出生時 の状況	在胎週数（ 週） 生下時体重（ g） 出生時の状況（ ） 入院中の治療・入院先（ ） 退院日（ 年 月 日） 退院時年齢（ 歳 か月）				
発育・発達で 心配な事項	見え方や聞こえ方、歩き方などの身体面、言葉や行動、くせやこだわりなどで気になっていること				
現在の在宅生活の状況と園で必要とされる配慮事項					
移動方法	屋外における主な移動方法 <input type="checkbox"/> 自力歩行（ 装具なし・装具あり） <input type="checkbox"/> 歩行器による自力歩行（ 装具なし・装具あり） <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車いす（ 自力・介助） <input type="checkbox"/> その他（ 介助が必要な場合、適切な介助方法を記入してください。） 屋内における主な移動方法 <input type="checkbox"/> 自力歩行（ 装具なし・装具あり） <input type="checkbox"/> 歩行器による自力歩行（ 装具なし・装具あり） <input type="checkbox"/> 車いす（ 自力・介助） <input type="checkbox"/> 四つばい <input type="checkbox"/> 腹ばい <input type="checkbox"/> いざり <input type="checkbox"/> その他（ 介助が必要な場合、適切な介助方法を記入してください。）				

コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自分の要求を言葉やしぐさで伝えられる <input type="checkbox"/> 簡単な言葉が理解できる <input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> 絵本を見て知っているものを指さす <input type="checkbox"/> 簡単な指示に従う <input type="checkbox"/> 呼びかけたときに視線が合う <input type="checkbox"/> 同年代の子どもに興味を持つ <input type="checkbox"/> ごっこ遊びをする
興味 関心	好きな遊びや好きなこと・物 嫌いな（苦手な）こと・物・場所
排泄	排尿： 回／日 尿意 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（尿意を知らせる・出たことを伝える） 排尿方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 導尿 回／日（日中 時 時 時） 排便： 回／日 便意 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（便意を知らせる・出たことを伝える） 排便方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 浣腸 回／日 <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門）
食事	経口摂取 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 一部可（内容： ） 誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（よくある・時々ある・まれにある） 食事の形態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> パースト食 <input type="checkbox"/> その他（ ） 配慮事項（ ） 食事姿勢 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> いす（座位保持いす・幼児用いす・その他： ） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻栄養・胃ろう・腸ろう） 栄養内容（病院から処方されたもの・ミキサー食・その他： ） 注入方法（1回注入量： 注入時間： 回数： /日） 食間の水分補給方法（ ） <input type="checkbox"/> 血糖値測定 （時間： 時 時 時 時） <input type="checkbox"/> インスリン注射 （時間： 時 時 時 時） <input type="checkbox"/> インスリンポンプ
衣服の 着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 （介助内容や方法 ）
呼吸管理	※平常時の血中酸素飽和度（ % ） 救急搬送のめやす（ % ） <input type="checkbox"/> 気管切開（単純気管切開・喉頭気管分離・その他： ） <input type="checkbox"/> 吸引 回数（ 回／時間） 部位（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内） <input type="checkbox"/> 酸素吸入 流量（ ℓ／分） 形態（鼻カニューレ・マスク・その他： ） 使用場面（常時・その他： ） <input type="checkbox"/> 薬剤吸入 使用薬剤（ ） 時間（ ）
睡眠	<input type="checkbox"/> 睡眠にかかわる制限や配慮が必要（内容を具体的に記入してください。）
運動および 屋外活動	<input type="checkbox"/> 運動にかかわる制限や配慮が必要（内容を具体的に記入してください。） <input type="checkbox"/> 屋外活動に関わる制限や配慮が必要（内容を具体的に記入してください。）
園での安全な受入れのための確認事項	
確認事項	<input type="checkbox"/> 主治医より集団生活が可能であると言われている。 <input type="checkbox"/> 退院後、概ね1年以上病状が安定しており、緊急受診することがなかった。 <input type="checkbox"/> 医療的ケアが日常生活の一部として、定着している。また、その行為によって、事故や感染症が起りにくいと、主治医に判断されている。 <input type="checkbox"/> 児童の病状や医療的ケアに関する情報が、保護者と園の間で共有でき、必要に応じて主治医等からの情報を受けることができる。 <input type="checkbox"/> 園への送迎など、一定の時間（20～30分程度）の移動が安全に行える。