

写真

この頃の写真を

貼りましょう



記入日（　　年 　月 　日）　　　）

|  |
| --- |
| 園名 |
| 　担任の名前 |
| ★ 医療機関の利用　 |
| 　受診　□有　　□無（　　　年　　月　　日）機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　服薬　□有　　□無　薬名（　　　　　　　　　　　　　　　）開始年月日（　　　年　　月　　日） |
| 　目的（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　受診　□有　　□無（　　　年　　月　　日）機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　服薬　□有　　□無　薬名（　　　　　　　　　　　　　　　）開始年月日（　　　年　　月　　日） |
| 　目的（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　医療的ケア　□有　　□無　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ★ 療育機関の利用　　□有　　□無　※ＯＴ（作業療法）※ＰＴ（理学療法）※ＳＴ（言語聴覚療法） |
| 　　事業所名（　　　　　　　　　　　　）　□OT　　□PT　　□ST　　□その他（　　　　　　　　）　 |
| 　　事業所名（　　　　　　　　　　　　）　□OT　　□PT　　□ST　　□その他（　　　　　　　　）　 |
| 　　事業所名（　　　　　　　　　　　　）　□OT　　□PT　　□ST　　□その他（　　　　　　　　）　 |
| ★ 福祉機関の利用　　□有　　□無　　 |
| 　　事業所名（　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　サービス（　　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　　　　　） |
| 　　事業所名（　　　　　　　　　　　　） |
| 　　　　サービス（　　　　　　　　　　　　　）　（　　　　　　　　　　　　　） |
| ★その他の支援機関　　　□有　　□無 |
| 　　機関名（　　　　　　　　　　　　　　　）支援内容： |
| 　機関名（　　　　　　　　　　　　　　　）支援内容： |
| 園生活（集団行動・行事） |  |
| 行動面（不注意・多動・衝動） |  |
| 身辺自立 |  |
| 食事と栄養 |  |
| 人との関わり |  |
| ことば・表現 |  |
| 運動面・遊び |  |
| 余暇活動・習い事 |  |
| 得意なこと |  |
| 苦手なこと |  |
| その他 |  |