

機能訓練事業 事前調査票

<Ver. 2>

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者 _____

続柄 (_____)

フリガナ 訓練を希望する 児童の氏名		男・女		生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
住所		〒			TEL	自宅
家族構成	続柄	フリガナ 氏 名	生年月日(歳)	勤務先・学校等		
			()			
			()			
			()			
			()			
			()			
現在経過を みている病 気	診断名 (診断年月)	(年 月)			(年 月)	
	診断機関名 (病院)					
	現在通院しているか	している ・ していない			している ・ していない	
	診断名 (診断年月)	(年 月)			(年 月)	
	診断機関名 (病院)					
	現在通院しているか	している ・ していない			している ・ していない	
現在飲んで いる薬	薬品名					
	服用開始年月					
	服薬タイミング					
	療育手帳	程 度		身体障害者手帳	程 度	障がい名
病院以外で 発達につ いて相 談して いる機 関	相談機関名			内容・相談頻度等		
通 っ て い る ・ 教 室 等	教室名			教室の内容・通っている頻度等		

生育歴	出産の状況	在胎週数	週	出生体重	g	身長	cm	
		分娩時の異常 無・有 ()						
		保育器 無・有 (日)			その他 ()			
	発育の状況	首のすわり (か月)			寝返り (か月)		お座り (か月)	
		はいはい (か月)			つかまり立ち (か月)		つたい歩き (か月)	
		始 歩 (歳 か月)			発 語 (歳 か月)			
	乳幼児健診の結果	4か月児健診	未受診・受診		健診結果 ()			
		10か月児健診	未受診・受診		健診結果 ()			
		1歳6か月児健診	未受診・受診		健診結果 ()			
		3歳児健診	未受診・受診		健診結果 ()			
現在の状態	身長	cm			体重	kg		
	食 事				排泄 (おむつの有無等)			
	衣服の着脱				清 潔 動 作			
	睡 眠				生 活 リ ズ ム			
これまでに病院や相談している機関で相談したことや相談の結果								

所属園や学校、家庭等で困っていること
訓練を通して伸ばしたいこと
希望する訓練の種類(理学療法・作業療法・言語療法のうち希望するもの)
訓練を実施する際に都合の悪い曜日・時間

(*) 緊急連絡先は訓練当日等連絡事項が生じた場合に連絡可能な方の連絡先の記入をお願いします。