

【お子様の状況】

お子様との関わりの参考にしますので、お子様の状況について御記入ください。

幼児氏名		
疾患・障がい名		
健康	てんかん 発作	無・有〔頻度： <input type="text"/> 〕 〔様子： <input type="text"/> 〕 〔服薬： 無・有 有の場合： 朝・昼・夜〕
	医療的ケア	無・有〔経管栄養・気管切開・吸引・酸素吸入・導尿 吸入・人工呼吸器・その他〕 日中のケアの必要〔無・有〕
	視力・聴力	聞こえにくさ〔無・有〕 補聴器〔無・有〕 見えにくさ〔無・有〕 眼鏡〔無・有〕 〔近視・遠視・その他（ <input type="text"/> ）〕
	その他	(呼吸・睡眠・体温調節・シャント・ペースメーカー等)
日常生活等	姿勢・動作	移動方法〔車椅子等-介助・車椅子等-自力・独歩〕 自力での移動〔四つばい・ずりばい・その他〕 〔例：手を使いながら、腹ばいをしておもちゃを取りに行く。〕 立位姿勢〔自立・つかまり立ち・介助立位・立位はとれない〕 座位姿勢〔あぐら座位・長座・正座または割り座 座位はとれない〕 身体の緊張〔強い・普通・低緊張〕 手の動き〔握る・引っ張る・たたく・投げる〕 その他〔 <input type="text"/> 〕
	食事	食事の形態（ <input type="checkbox"/> ）普通（ <input type="checkbox"/> ）カット（ <input type="checkbox"/> ）ペースト食（ <input type="checkbox"/> ）注入 食事の際の姿勢について （ <input type="checkbox"/> ）バギーや座位保持装置で食べる。 （ <input type="checkbox"/> ）幼児用机、椅子で食べる。 （ <input type="checkbox"/> ）抱っこ または、その他〔 <input type="text"/> 〕

日常生活等	排せつ	<input type="checkbox"/> トイレを利用しない。(例：おむつだが、排せつを知らせる。) [ ] <input type="checkbox"/> トイレを利用する。(例：幼児用トイレに座り定時に排せつする。) [ ] ※汚れたおむつを持ち帰る袋を御準備ください。
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 会話ができる。 [ 単語 ・ 二語文程度 ・ 三語文以上 ] <input type="checkbox"/> その他の伝達手段を使って表現できる。 [ 発声 ・ 表情 ・ ジェスチャー ・ 絵カード等 ] [ 例：うなずいたり、首を振ったりする。欲しい物を見つめる。 ] <input type="checkbox"/> 要求を伝えることはない。 その他 具体的に [ 例：歌や人の声を聞くと笑うことが多い。 ]
活動の様子	その他	<input type="checkbox"/> ままごとやかくれんぼなど、やり取りやルールのある遊びをする。 <input type="checkbox"/> 絵本の大まかなあらすじが分かる。 <input type="checkbox"/> 物を数える。(数唱ではなく、1対1対応させて) いくつくらいですか (3まで 5まで 10まで 20まで ) <input type="checkbox"/> 手遊びや簡単な身振りをまねする。
好みなもの	好きな遊び 好きなおもちゃ 好きな歌	[ ] [ ] [ ]
苦手なもの	感覚過敏	[ 無 ・ 有 ] [ 音 ・ 光 ・ 触覚 ] [ 例：大きな声が苦手、触れられるのを嫌がる、男の人が苦手、集団の中に入るのが苦手 等 ]