

# 勘案事項整理票

| 職員記入欄 |   |    |   |
|-------|---|----|---|
| 面談日   | 年 | 月  | 日 |
| 新規    | ・ | 回目 |   |

| フリガナ                 | 年 月 日生                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      | 記入日        | 年 月 日 |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------|-------|
| 氏 名                  | 歳 男・女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      | 記入者        |       |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      | 電話番号       |       |
| ①<br>サービスの<br>利用意向   | <p>● 利用する保育所等訪問支援事業所名・曜日</p> <p>・事業所名 ( )・曜日 ( )</p> <p>● 保育所等訪問支援を利用する目的及び希望すること</p>                                                                                                                                                                                                                                             |      |            |       |
| ②<br>申請の経緯           | <p>● 保育所等訪問支援の利用を希望されるまでの経過をご記入ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |            |       |
| ③<br>お子さんの状況         | <p>● 言葉等コミュニケーション面や行動面の気がかりな点などをご記入ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |            |       |
| ④<br>疾患名             | <p>● 保育所等訪問支援を必要とされる状況を確認できるものは以下のうちどれですか。</p> <p><input type="checkbox"/>診断書または意見書 医療機関名 ( )</p> <p><input type="checkbox"/>身体障害者手帳( 種 級)(障がい内容 )</p> <p><input type="checkbox"/>愛の手帳( 度)</p> <p><input type="checkbox"/>精神保健福祉手帳( 級)(疾患名 )</p> <p>・診断を受けている場合、疾患名を記入してください。</p> <p>・疾患名 ( ) 診断時期 歳頃</p> <p>・疾患名 ( ) 診断時期 歳頃</p> |      |            |       |
| ⑤<br>医療・保健<br>サービス状況 | 病院名・科・主治医                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 通院頻度 | 通院状況、内服有無等 |       |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |            |       |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |            |       |
|                      | 訪問看護ステーション名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 利用頻度 | 利用状況、内服有無等 |       |
|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |            |       |

裏面あり

|                                |                                                                                                                                      |    |      |                     |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|---------------------|
| ⑥<br>既往症等                      | ● 既往歴等 疾患名、発症時期などもわかればご記入ください。<br>・疾患名（ ）発症時期 歳頃 治療中・治癒・経過観察中<br>・疾患名（ ）発症時期 歳頃 治療中・治癒・経過観察中                                         |    |      |                     |
| ⑦<br>成長・発達の<br>状況等             | ● これまで、発達面等で気になったことがありましたらお書きください。                                                                                                   |    |      |                     |
| ⑧<br>家族状況                      | 氏名                                                                                                                                   | 続柄 | 生年月日 | 就労状況・学年・健康状態(障がい)など |
|                                |                                                                                                                                      |    |      |                     |
|                                |                                                                                                                                      |    |      |                     |
|                                |                                                                                                                                      |    |      |                     |
|                                |                                                                                                                                      |    |      |                     |
|                                | 他、同居のご家族がいれば記入してください。                                                                                                                |    |      |                     |
| ⑨<br>他同居家族の<br>福祉サービス利用<br>の有無 | ● 利用している場合、続柄と利用しているサービス内容をご記入ください。<br><input type="checkbox"/> 有：続柄（ ）サービス内容（ ）<br>続柄（ ）サービス内容（ ）<br><input type="checkbox"/> 無     |    |      |                     |
| ⑩<br>地域における<br>サービス提供体制        | ● 相談、関係している機関（健康福祉センター、子ども発達支援センター、子ども家庭総合支援センター、福祉事務所担当ケースワーカーなど）<br>・機関名（ ）<br>・機関名（ ）<br><br>● 学校・保育園等<br>・在籍の学校・保育園名（ ） ・学年（ 年生） |    |      |                     |
| ⑪<br>性格等                       | ● 性格、好きな遊びや興味のあること                                                                                                                   |    |      |                     |

ご記入ありがとうございました。