

しょうがいのある子対応の個人カード 作成日 年 月 日

氏名 _____ 性別： 男・女 学年 年
生年月日 年 月 日 緊急時連絡先 _____

- 1.医療機関の診断 あり(愛護手帳・身体障害者手帳・精神障害者手帳・診断書)・なし
2.しょうがいの種類 [_____] 等級 [度A・B。 級A・B]
3.医療機関名 ① _____
② _____

①定期的通院 回/年

・飲み薬の有無 あり(朝・昼・夜) ・なし
薬の名前(_____)

②定期的通院 回/年

・塗り薬の有無 あり(朝・昼・夜) ・なし
薬の名前(_____)

- ・気管支喘息の有無(あり・なし) *学童保育への持参は(あり・なし)
(*ありの方へ) 吸入器の使用は、自分で(できる・少し不安・できない)
・食物アレルギー (あり・なし) ありの場合「アレルギー疾患対応表」記入へ
エピペンの所持 (あり・なし)
・その他の病気の名称

4.放課後等デイサービスの利用

- ・利用のようす (①利用している・②これから利用予定・③利用しない)

①②と答えた方、利用の曜日をお答えください。(月・火・水・木・金・土・日)

施設の名称

連絡先電話：

5.送り迎え

連絡先 Tel

- ・主として迎えに来る人の名前 (続柄 _____) 氏名 (_____) [_____]
時間 (時 分頃) (続柄 _____) 氏名 (_____) [_____]
- ・主として送りに来る人の名前 (続柄 _____) 氏名 (_____) [_____]
時間 (時 分頃) (続柄 _____) 氏名 (_____) [_____]

家庭でのようす

1. 発作やパニックはありますか？（ある・ない）
・（ある）と答えた方、回数はどの位ですか。
〔 回／年、 回／月、 回／週〕

2. 発作やパニック時の症状・状態

3. 発作やパニック時のお家での対応のようす

4. 身辺自立のようす

衣服の着脱：

食事のようす：

トイレ：

5. コミュニケーション

ことばの特徴：

身体表現：

リズム・ダンス：

絵画・造形：

6. 食べ物（好きな食べ物）

（苦手な食べ物）

7. あそび（好きなあそび）

（苦手なあそび）

8. その他