

特別支援教育・保育申請書 ※添付書類として専門医の診断書または療育に関する意見書が必要です(写し可)。

児童名	性別 男 ・ 女	受付印
生年月日 令和 年 月 日(歳 ヶ月)		
入所施設名		
☐ 医療的ケア児に該当する ☐ 医療的ケア児に該当しない ※別途手続きが必要な場合がございます。		

○申請理由		記入日	年 月 日
	○これまでに利用した相談機関、または医療機関	○どんな説明(打診)を受けましたか	
1	相談		
2	発達検査		
3	受診		

○福祉制度利用状況							
	等級	備考		等級	備考		
手帳	身体障害者(児)手帳	有・無		手当	特別児童扶養手当	有・無	
	療育手帳	有・無			障害児福祉手当	有・無	
障害福祉サービス(児童デイ等)		利用開始年月日	支給日数	利用施設		備考	
			日/月				

I 運動		備考
(1) 座位	ヵ月頃	
(2) ひとり歩きができる	ヵ月頃	

II 食事			備考
(1) ひとりで食べることができる	はい	いいえ	
○おはしを使って食べる	はい	いいえ	
○スプーン・フォークを使って食べる	はい	いいえ	
○手づかみで食べれる	はい	いいえ	
○親が食べさせている	はい	いいえ	
(2) 好き嫌いが激しい	はい	いいえ	具体的に
(3) 食事量にムラがある	はい	いいえ	
(4) 咀嚼が弱い	はい	いいえ	

III 排泄			備考
(1) 自立している	はい	いいえ	
(2) 促せばできる	はい	いいえ	
(3) 事後報告はできる	はい	いいえ	
(4) 未自立	はい	いいえ	

(裏面あり)

Ⅶ その他	
妊娠中	☐ 異常なし ☐ 妊娠高血圧症候群 ☐ 切迫流産 ☐ 貧血 ☐ 妊娠糖尿病 ☐ 感染症() ☐ その他()
出産場所	
出産時	母親 歳・第 子・在胎週数 週・出生時体重 グラム ☐ 安産 ☐ 帝王切開 ☐ 吸引分娩 ☐ 紺子分娩 ☐ 骨盤位分娩(逆子) ☐ 仮死(度)・アプガースコア(点) ☐ その他()
その他 ※気になることがあれば記入してください。	
① 健康状態についての配慮 (要 ・ 不要)	⑥ 屋外活動についての配慮 (あり ・ なし)
② 食事についての配慮 (要 ・ 不要)	⑦ 感覚の偏り (あり ・ なし)
③ 排泄についての配慮 (要 ・ 不要)	⑧ コミュニケーションの課題 (あり ・ なし)
④ 睡眠についての配慮 (要 ・ 不要)	⑨ 言葉の遅れ (あり ・ なし)
⑤ 運動についての配慮 (要 ・ 不要)	⑩ どもり・チック (あり ・ なし)
◆上記以外の特記すべき配慮がありましたら、下のスペースにご記入ください。	