

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 サービスの 利用意向	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用する児童発達支援事業所名・曜日・交通手段 ・事業所名 ()・曜日 () ・通所手段 (徒歩・電車・バス・車・事業所送迎・その他) ● 児童発達支援を利用する目的及び希望すること 		
② 申請の経緯	● 児童発達支援の利用を希望されるまでの経過をご記入ください。		
③ お子さんの状況	● 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。		
④ 疾患名	<ul style="list-style-type: none"> ● 児童発達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。 <input type="checkbox"/> 診断書または意見書 医療機関名 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級) (障がい内容) <input type="checkbox"/> 愛の手帳 (度) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (級) (疾患名) ・ 診断を受けている場合、疾患名を記入してください。 ・ 疾患名 () 診断時期 歳頃 ・ 疾患名 () 診断時期 歳頃 		
⑤ 医療・保健 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

