

〈 排 泄 〉

- 1 おむつをしていますか？ (はい いいえ)
2 おむつをとる練習をしていますか？ (はい いいえ)
3 オシッコはトイレでできますか？ (はい (オマルでできる) いいえ)
4 ウンチはトイレでできますか？ (はい (オマルでできる) いいえ)
5 オシッコやウンチがでるときは言葉や動作で知らせますか？ (はい いいえ)

〈 食 事 〉

- 1 食事は一人で食べられますか？
(全部一人で食べる 半分くらい手伝ってもらう 全部食べさせてもらう)
2 何を使って食べますか？ (箸 スプーン・フォーク 手づかみ)
3 好きな食べ物は何か？ ()
4 嫌いな食べ物は何か？ ()
5 利き手はどちらですか？ (右利き 左利き)
6 牛乳は飲めますか？ (飲める 飲めない)

〈主に世話をしている人または施設など〉

父 母 祖父母 他人に預ける ()

〈 そ の 他 〉

- ・つかまり立ち (歳 か月頃から) ・歩行開始時期 (歳 か月頃から)
1 泣いた時、家庭ではどうしていますか？ ()
2 家庭ではどんな遊びをしていますか？ ()
3 お子さんのしつけの面、身体、言語、性格などについて心配なことはありますか？
ある ない

内容

- 4 疾患等、お子さんが制度を利用する際に配慮の必要なことがありますか。

ある ない

・次に掲げる事項の認定等を受けている。

- 身体障害者手帳 障害児通所給付等の受給 療育手帳
 精神障害者保険福祉手帳 特別児童扶養手当
 その他

内容 (診断名・必要となる配慮など詳しく記入してください。)

- ・疾患の場合は、医師の指示書等をお持ちください。
・食物アレルギーがある場合は、事業所において食事等の提供はしません。