

心 身 状 況 書

(あて先) 三 鷹 市 長

ふりがな
児童名

(歳クラス)

生年月日 年 月 日 (歳 か月)

あてはまる項目にチェックまたは記入してください。欄が少ない場合などは、用紙を添付しても構いません。

- 1 診断名があれば記入ください。 またそれはどこの医療機関で受けましたか

診断名 [年 月 (歳 か月)]

医療機関名 [所在地 都道府県 市区町村]

- 2 受診・相談のきっかけ (例: 1 歳 6 か月健診時に子ども発達支援センターへの相談をすすめられた等)

- 3 既往歴

病 名	医療機関	診断時期	治療内容及び治療に要した期間	障がい状況
		年 月		
		年 月		

- 4 手帳等の有無

- ① 手帳をお持ちの方

身体障害者手帳	第 種 級	交付年月日	年 月 日
愛の手帳(療育手帳)	第 種 度	交付年月日	年 月 日

- ② 手帳をお持ちでない方

ア 申請中 イ 申請検討中 ウ 申請する予定はない

- ③ 特別児童扶養手当の受給

ア あり (級) イ なし

- 5 現在、利用している医療・療育(相談・訓練等)施設・サービス等

施設の名称	開始時期	内 容	頻 度

- 6 現在、内服している薬があればその内容などを記入ください

- ① 内服している薬と回数

[]

- 7 医療的ケアの要否
- ☐
- 不要
- ☐
- 必要 (医療的ケアの種類: _____)

※医療的ケアとは経管栄養・導尿・インシュリン注射など、日常的に医療行為を必要とする場合をいいます。

8 下記のどの部位に障がい・傷病がありますか（該当するものに○をし、その状況を記入ください。）

	聴 力	視 力	運 動	言 語	コミュニケーション等
内 容 と 程 度	右・左	右・左	上肢・下肢・体幹		

9 心身の状況（該当するものに○をしてください。）

移動動作	手の運動	基本的習慣	対人関係	言語	
首がすわる	手でものが握れる	スプーンから飲むことができる	拍手をまねする	声を出して笑う	大きな声に反応する
寝返り	指先で小さいものがつまめる	ビسケットなどを自分で食べる	人見知りをする	ことばを1～2語まねる	親の話し方で感情を聞き分ける（禁止など）
すわれる （5秒以上）	なぐり書きができる	コップから飲む	友だちと手をつなぐ	単語を3語以上言う	
はいはいで移動できる	積み木を積むことができる	スプーンを使って食べる事ができる	ままごとで役を演じて遊ぶ	2語文を話す（わんわんきたね）など	「バイバイ」「さようなら」のことばに反応する
つかまり立ち （5秒以上）	ボタンをはめる	排尿を予告する	友だちと順番にものを使う	自分の名前を言う	
つたい歩きができる		ひとりでズボンをはく	ジャンケンで勝負を決める	同年齢の子とも会話する	簡単な指示（○を持ってきて）を実行する
ひとりで数歩歩ける		ひとりで靴をはく			
上手に歩ける		ひとりで洋服を脱ぎ着する			
階段をひとりで登る					

10 集団生活上、保育園で配慮が必要な点があれば記入ください。（アレルギー・痙攣の有無など）

《注意事項》

- ※1 入園後、児童の障がいや疾病の進行などがあった場合は、子どもの最善の利益を尊重し、専門療育機関等をお勧めするなど、保育園の継続利用ができないこともあります。
- ※2 この書類は、保育所入所申請の添付書類として、子ども育成課及び保育所のみで使用させていただきます。
また、三鷹市個人情報保護条例の規定にもとづき管理します。
- ※3 児童の状況によっては、医師・専門機関の診断書等を改めて別途提出していただく場合があります。
- ※4 児童の状況に応じて各専門機関と情報を共有させていただくことがあります。
- ※5 上記項目の記入内容で確認の必要がある場合は、ご連絡させていただく場合があります。
- 以上の注意事項を確認しましたらご署名をお願いします。