

令和 年 月 日

児童状況申立書

四條畷市長 あて

住所 〒

四條畷市

(ふりがな)

児童名

保護者連絡先

ふれあい教室 学年 年

次のとおり、児童への対応に関して配慮していただきたい内容を報告します。

また、よりよい保育を受けるため、就学前施設や関係機関（学校、市役所関係部署等）と連携を図り、情報共有をすることに同意します。

	医療機関・相談機関名	利用した時期	現在利用 していれば○	あれば 病名、診断名など
医療機関その他 相談機関との 関わり		～		
		～		
		～		
		～		
		～		
手帳について	<input type="checkbox"/> 取得していない <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 () 級			
診断・相談・ 検査等の結果につ いて				
ご家庭でのお子さ まの様子につい て、ふれあい教室 に伝えたいこと				

日常生活について（食事、排泄、コミュニケーション等）	
<p>こだわり、 気になる行動</p>	
<p>のびたいこと</p>	
<p>にがて 苦手なこと</p>	
<p>家庭で大切にしていること・気をつけていること</p>	
<p>ふれあい教室への 保護者の願い</p>	
<p>その他、服薬状況 や行動等の特徴など、 支援員に知って欲しいこと</p>	

※ 施設等運営上、安全を確保することが困難な場合は、体制が整うまで入室をお待ちいただくことがあります。ご了承ください。