

ふりがな 氏名	性別 男女		生年 月日	平成 令和 (年 月 日)	平成 令和 (年 月 日)	
所属	学校 幼稚園 (回 / 週・月) 保育園 (回 / 週・月) 整肢園 (回 / 週・月) センター (回 / 週・月) その他 (回 / 週・月)					
家族構成 (続柄)	続柄	氏名 (ふりがな)	生年	続柄	氏名 (ふりがな)	生年
住所	〒 _____ 電話: (_____)					
相談 の 内容	①就学 ②発達・障害の状況 ③早期教育 ④家庭教育 ⑤学校教育 ⑥進路 ⑦補装具・教育機器 ⑧その他 ※あてはまるものに○。複数可。 具体的にありましたらお書き下さい。					
障害 の 発見 と 経過	身体障害者手帳 有 (種 級) ・ 無 障害名 _____ *わかる範囲でご記入ください 療育手帳 有 (A ・ B) ・ 無 障害の部位・状態 (_____) 起因疾患名等 ① 脳性まひ ② その他 (_____)					
	1 障害の発見と経過 (該当するものに○をつけてください) ① 出生時 (医療機関 名: _____) ② 乳幼児検診時 ③ その他 (_____) 補装具等 (お持ちのものに○をつけてください) ① 車いす (自走式 介助式 電動式) ② 座位保持装置 ③ 下肢装具 (SLB、LLB、その他) ④ 体幹装具 ⑤ 保護帽 ⑥ 杖 ⑦ 立位保持装置 ⑧ その他 (_____) 治療・リハビリ歴等 (該当するものに○をつけてください) ① 北海道立子ども総合医療・療育センター (コドモックル) (小児科・整形外科・眼科・耳鼻科・歯科・他 _____ ・PT・OT・ST) ② 札幌市発達医療センター (小児科・整形外科・眼科・他 _____ ・PT・OT・ST) ③ 札幌市子ども発達支援センター (ちくたく) (児童精神科・小児科・整形外科・耳鼻咽喉科・眼科・PT・OT・ST) ④ 札幌大 (小児科・整形外科・眼科・耳鼻科・歯科) ⑤ 訪問リハ (名 _____ PT・OT・ST) ⑥ 榆の会 (小児科・整形外科・眼科・耳鼻科・歯科・PT・OT・ST) ⑦ 北大 (_____) ⑧ 天使 (_____) ⑨ その他 (_____)					



