

相談受付票

世帯No.【 】

R 年度 歳

R 年度 歳

※市記入欄

記入日 年 月 日

相談者氏名	児童との関係（ ）		他機関担当者 ※市記入欄	母子保健（ ）つくしんぼ（ ）			
			連絡先				
入所希望児童 氏名	ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳 か月）			
	男 女		身長/体重	身長 cm/体重 kg（測定日 ） 出生体重 g（在胎 週）			
住所							
入所希望児童の 保護者・同居者	父		□就労（週 日，1日 時間） □育休中 □その他（ ）				
	母		□就労（週 日，1日 時間） □育休中 □その他（ ）				
	子	（ 歳）	在籍施設（ ）入所希望（ 年 月 歳～）				
	子	（ 歳）	在籍施設（ ）入所希望（ 年 月 歳～）				
利用希望時間	通勤時間を含める登園日数、時間 週（ ）日 （ ： ）～（ ： ） 送迎方法 □徒歩 □自転車 □車 □公共交通機関						
手帳の所持	□無 □申請中 □有 □ 身体障害者手帳（ 級） □精神障害者保健福祉手帳（ 級） □愛の手帳（ 度）						
診断名							
入退院の経過 及び今後の入 退院の予定							
医療的ケア	種類： 内容：						
通院の状況	医療機関名		診療科		頻度		
					回/		
					回/		
					回/		
療育機関	施設名		期間		通所頻度		
訪問看護等							
投薬	処方薬（ ）効用（ ）1日 回/ 朝 昼 夜 就寝前 処方薬（ ）効用（ ）1日 回/ 朝 昼 夜 就寝前 ※お薬手帳の写しを添付してください						
けいれん発作	□無 □有 発症年齢（ 歳 か月頃） 頻度（ 回） 状況（発熱 ℃） 発症時の様子：						
アレルギー	□無 □有 □ぜんそく □ アトピー □花粉症 □その他（ ）□ 食べ物（ ） 症状： 緊急時処方薬：1日 回/ 朝 昼 夜 就寝前						
補装具の使用等	無 □有 内容：						