**記　入　例　児童調査票(1)**

**支給の要否を決定するにあたり必要な調査です。以下、御記入くださいますようお願いします。（必要に応じて聴き取り調査を行う場合もございます。）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児氏名 | 川越　太郎 | 性別 | 　男 | 生年月日（年齢） | 平成２５年１２月１日（８歳） |
| 保護者氏名 | **川越　一郎** | **続柄** | 　**父** | **電話番号** | **０４９－２４４－６３１７** |
| 保健医療サービスの利用状況(通院・訪問看護・訪問リハ等） | **通院先** | **道灌総合ｸﾘﾆｯｸ** | **診療内容** | **小児科、1回/月** |
| **通院先** | **道灌訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ**✔✔ | **診療内容**✔ | **1回/２週、リハ1回/月**✔ |
| 家族構成 | **同居家族の構成** | [ ] 祖父[ ] 祖母[ ] 父[ ] 母[ ] 兄[ ] 弟[ ] 姉[ ] 妹[ ] 他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| **主たる介護者** | [ ] 祖父[ ] 祖母[ ] 父[ ] 母[ ] 兄[ ] 弟[ ] 姉[ ] 妹[ ] 他（　　　　） |
| 就労の状況✔**パート（2日/週）** | 心身の状況**1回/月、道灌総合ｸﾘﾆｯｸ整形外科へ通院。** |
| 通学状況 | **学校名** | **県立〇〇特別支援学校小学部４年生** |
| **通学状況** | 通学方法や通学頻度など　**週5日、スクールバスで通学。バス停までは母送迎。** |
| 障害児通所支援の利用状況 | [ ] 児童発達支援　　　　　　　　 利用している事業所名と利用頻度✔[ ] 放課後等デイサービス　　　　　**□□クラブを週5日利用。**[ ] 保育所等訪問支援 |
|  |
| 申請するサービス |
|  |
| サービスの種類✔ |
| [ ]  居宅介護　[ ]  行動援護　[ ]  短期入所　[ ]  同行援護　[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 上記で☑をしたサービスを希望する理由 |
| 母の休息と本人が家族以外の人や自宅以外に慣れる練習のため、利用を希望します。 |
| 希望するサービスの具体的内容（事業所名と利用頻度） |
| △△△事業所、7日/月。 |



令和　年　月作成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 合計点数 |  |
| 障害児支援区分 | 3 ・ 2 ・ 1 |