

<見本> 草加市児童発達支援センターあおば学園
入園相談会参加申込書

あおば学園宛て

記入日令和 年 月 日

申込者 父(自筆)

母(自筆)

ふりがな	あおば りょうたろう			令和 年 月 日
児童名	青葉 良太郎	☒ 男 ☐ 女	生年月日	(令和9年4月1日 現在: 歳)
住所	〒			
電話番号		携帯 電話番号	日中にご連絡がつく保護者の方の番号をご記入ください。	
相談会 参加予定日	第1希望日	月	日	()
	第2希望日	月	日	()
	第3希望日	月	日	()
第3希望まで全て書いてください。				
【あおば学園への入園を希望する理由】				
(例)健診の時に勧められた。お話ができるようになってほしい。集団生活は難しいけれど、小集団で慣れてほしい。親だけの子育てでは難しいと感じた。食事や運動などの体の使い方が上手になってほしい。コミュニケーションがとれるようになって欲しい。				
入園希望 クラス	どちらかに丸を付けてください。知的 ・ 肢体			
令和9年度 就園希望	第一希望:あおば学園 第二希望:市立〇〇保育園 第三希望:児童発達支援			
【集団歴】※児童発達支援もあれば記入してください。				
時期	2024年4月(1歳 0カ月) ~ 2025年9月(2歳5カ月)	機関	(例)〇〇保育ルーム	
時期	2025年10月(2歳5カ月) ~ 2026年3月(2歳10カ月)	機関	(例)〇〇幼稚園 プレ	
時期	2026年 4月(2歳10カ月) ~ 年 月(歳 カ月)	機関	(例)児童デイサービスセンター 〇〇グループ	
【家族状況】 ※同居している方全員分のご記入をお願いします。(令和9年4月1日 現在)				
続柄	名前	年齢	職業等	健康
父	青葉 太郎	34	会社員	☒ 良好 <input "="" type="checkbox"/> 良好 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td></tr><tr><td>祖父</td><td>青葉 良</td><td>70</td><td>無職</td><td><input type="/> 良好 <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>(要介護2)</td></tr><tr><td>祖母</td><td>青葉 良子</td><td>66</td><td>専業主婦</td><td><input type="/> 良好 <input checkbox"="" checked="" type="checkbox/>(自律神経失調症)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="/> 良好 <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td><input type="/> 良好

生育歴記入欄

生育歴	妊娠中	☐ 異常なし ☒ 高血圧症 ☐ 糖尿病 ☐ 肝炎 ☐ 心臓病 ☐ 甲状腺の病気 ☐ 精神疾患(心の病気) ☐ その他()
	出生期	在胎週数: <u>39</u> 週 <u>3</u> 日 出生体重: <u>2890</u> g 特記事項:
	運動発達	首のすわり: <u>0</u> 歳 <u>3</u> か月 おすわり: <u>0</u> 歳 <u>8</u> か月 はいはい: <u>1</u> 歳 <u>0</u> か月 歩き始め: <u>1</u> 歳 <u>9</u> か月 歩行: ☐ 安定 ☒ 不安定
	言語発達	喃語: ☒ あり ☐ なし 発語: ☐ あり ☒ なし 言葉の消失: ☒ あり ☐ なし
	目と耳の発達	追視: ☒ あり ☐ なし 人を見ると笑う: ☐ あり ☒ なし 人見知り: ☐ あり ☒ なし 後追い: ☒ あり ☐ なし 声への反応: ☐ あり ☒ なし 音への反応: ☒ あり ☐ なし その他()
	10か月健診	☒ 異常なし ☐ 要観察 ☐ 要精検 ☐ その他()
家庭での様子	好きな遊び	(電車や回転するおもちゃで一人で遊ぶことが好き。)
	食事について	気になること(よく噛んで食べられない。好き嫌いが激しい。)
	睡眠について	気になること(あまり寝ない日がある。寝付くのに時間がかかりよく泣く。)
感情表現について教えてください	嬉しい時の様子(喜)	(笑顔になったり、キャーという声を出したり、体を揺らしたりします。)
	怒った時の様子(怒)	(激しく泣いたり、のけぞったりします。)
	悲しい時の様子(哀)	(激しく泣いたり、物を投げたりします。)
	楽しい時の様子(楽)	(母が歌うのに合わせて体をゆらしています。)
相談したことがある場所	☐ 保健センター・パオパオ相談など ☒ 子育て支援センター ☐ 病院(発達支援センター診療所含む) ☒ その他(保育園の担任の先生に相談しました。)	
かかりつけ医療機関	① 医療機関名(〇〇医院)	受診科目(小児科)
	① 医療機関名(△△クリニック)	受診科目(アレルギー科)
	① 医療機関名(□□病院)	受診科目(耳鼻科)
服薬	☒ あり (薬品名: 抗てんかん薬 いつ: 朝・昼・タ・就寝前) ☐ なし	
	☒ あり (薬品名: ぜんそくの薬 いつ: (朝)・昼・タ・就寝前) ☐ なし	
既往歴	(熱性けいれん 2026/6)(てんかん 2026/8)(遺伝子疾患 2023/5)	
検査歴	新版K式発達検査2020/田中ビネー知能検査(時期: 2025 年 6 月ごろ) / その他	
障害者手帳	身体障害者手帳: ☐ なし ☒ あり(聴覚〇級 2024年)療育手帳: ☐ なし ☒ あり (A/A/B/C)	
その他	※特記事項や伝えたいこと等があれば、ご記入ください。(けいれん発作・強いこだわり・アレルギーなど) 知らない場所や人に対して、激しく泣くと泣き止むまでにかなり時間がかかります。家では足の装具をつけるよう医師から指示が出ています。電話連絡は母ではなく、父にお願いします。	

音をださなくなった。言えていた言葉が言えなくなったなど。

名前に反応しない、小さな音を気にする、耳をふさぐなど気になることを記入してください。

気になることや、伝えたい事があれば、ご記入ください。