

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		生年月日 (令和8年4月1日 現在 : 歳)	令和 年 月 日
児童名	男・女		
住所	〒		
電話番号		携帯 電話番号	
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()

【あおば学園への入園を希望する理由】

入園希望 クラス	知的	・	肢体
令和8年度 就園希望	第一希望：	第二希望：	第三希望：

【集団歴】※児童発達支援もあれば記入してください。

時期	年	月	(	歳	力月)	機関	
	年	月	(	歳	力月)		
時期	年	月	(	歳	力月)	機関	
	年	月	(	歳	力月)		
時期	年	月	(	歳	力月)	機関	
	年	月	(	歳	力月)		

【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8年4月1日 現在)

生育歴記入欄

生育歴	妊娠中	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 精神疾患(心の病気) <input type="checkbox"/> その他()
	出生期	在胎週数 : _____週 _____日 出生体重 : _____g 特記事項 :
	運動発達	首のすわり: _____歳 _____か月 おすわり: _____歳 _____か月 はいはい: _____歳 _____か月 歩き始め: _____歳 _____か月 歩行 : <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
	言語発達	喃語 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 発語 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 言葉の消失 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	目と耳の発達	追視 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 人を見ると笑う : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 人見知り : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 後追い : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 声への反応 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 音への反応 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし その他()
	4か月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> その他()
	10か月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> その他()
	1歳7か月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> その他()
	3歳3か月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精検 <input type="checkbox"/> その他()
家庭での様子	好きな遊び	()
	食事について	気になること()
	睡眠について	気になること()
感情表現について教えてください	嬉しい時の様子(喜)	()
	怒った時の様子(怒)	()
	悲しい時の様子(哀)	()
	楽しい時の様子(楽)	()
相談したことがある場所	<input type="checkbox"/> 保健センター(パオパオ相談など) <input type="checkbox"/> 子育て支援センター <input type="checkbox"/> 病院(発達支援センター診療所含む) <input type="checkbox"/> その他()	
かかりつけ医療機関	① 医療機関名() 受診科目()	
	② 医療機関名() 受診科目()	
	③ 医療機関名() 受診科目()	
服薬	<input type="checkbox"/> あり (何を:) <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり (何を:) <input type="checkbox"/> なし	
検査歴	検査名: (年 月ごろ)	
障害者手帳	身体障害者手帳 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり / 療育手帳 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
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)	

心身状況表も併せて記入の上、2月20日(金)(必着)までに
草加市児童発達支援センターあおば学園まで提出して下さい。