

障害児加配支援 児童状況調書

年 月 日

ふりがな		生年月日	平成 令和 年 月 日
児童氏名			
保護者氏名		連絡先（電話番号）	- -
第一希望の 児童育成クラブ	クラブ名：	第二希望の 児童育成クラブ	クラブ名：

◆障害児加配支援が必要とされる具体的な状況・理由等についてご記入ください。

◆児童の障害に関する状況について

①診断名（ある場合、または傾向等がある場合）

	診断された時期： 年 月（ 歳 ヶ月）
--	---------------------

②手帳の有無

	等級	手帳を取得された時期
療育手帳	（ 有 ・ 無 ）	年 月（ 歳 ヶ月）
身体障害者手帳	（ 有 ・ 無 ）	年 月（ 歳 ヶ月）
精神障害者保健福祉手帳	（ 有 ・ 無 ）	年 月（ 歳 ヶ月）
その他（ ）	（ 有 ・ 無 ）	年 月（ 歳 ヶ月）

③現在の医療機関等での通院・治療状況

発達検査について	（ 有 ・ 無 ）	実施場所 （ 草津市立発達支援センター ・ その他医療機関等 ）
受診された医療機関・相談機関等		
医療機関等の利用頻度		週 ・ 月 ・ 年 回程度
服用中の薬について	（ 有 ・ 無 ）	薬の名称
		服用時間

その他医療機関等より説明を受けた内容・治療方法について、あればご記入ください。

④集団生活（学校や保育所等）での現在の支援状況

申請時点で小学生の方	小学校で（知的級・自情級・その他の支援級・通常学級）
申請時点で小学生未満の方	就学前施設（施設名： ）で （ 加配対応あり・加配対応なし ）
	就学相談（ 受けた ・ 受けていない ）
	小学校で（知的級・自情級・その他の支援級・通常学級）予定
現在、児童育成クラブに通われている方	児童育成クラブ（施設名： ）で （ 1対1加配・3対1加配・加配対応なし ）

◆児童の現状について 該当するものを選択してください。

食事	1. 自分で食べられない 3. スプーンで食べる	2. 食べようとするが道具が使えない 4. はしで食べる（ゆっくりだが、食べられる）
排泄	1. おむつをしている 3. 意思表示はするが介助が必要 5. 自分でするが後始末ができない 7. 自立している（尿のみ）	2. 意思表示はしないが、トイレに連れて行けばできる 4. 意思表示ができ自分でやろうとする 6. 大体自立しているが失敗することがある 8. 自立している
着脱	1. すべて介助が必要 3. 簡単なものは自分でできる	2. 介助すれば協力しようとする 4. 自立している
集団参加	1. 集団参加ができない 3. 自主的によろこんで参加する	2. 誘導すると参加できる
言語	1. 反応しない 2. 話せないが、理解はしている 3. 単語及び身振りで表示 4. 二語文以上による表現はあるが不明瞭 5. 大体のことは話せる 6. 問題なし	

社会性	①友達と遊ぶより、一人遊びを好む	(はい ・ いいえ)	備考	
	②落ち着きがなく動きまわる	(はい ・ いいえ)		
	③こども自身の安全確保が困難な行動がある	(はい ・ いいえ)		
	④叩く・噛むなどの他者に危険を及ぼす行動がある	(はい ・ いいえ)		
	⑤癇癪を起こす	(はい ・ いいえ)		

◆その他

① 特に注意すべき持病や既往歴があればご記入ください。（例：てんかん発作、喘息、持病の症状など）

② 児童育成クラブで特に配慮してほしい点や、期待する支援内容について、ご記入ください。

③ その他、お子様のことで伝えたいこと、ご心配なことなど、ご自由にご記入ください。

同意書

私は、児童育成クラブにおける障害児加配支援の対応希望に際し、次の点に同意します。

- ① 障害児加配支援の児童状況調査に基づき確認した必要な情報について、市が入会申請されたクラブに対して提示すること。
- ② 障害児加配支援の対応希望時および入会後において、支援上必要がある場合は、児童の状況について在籍していた保育所（園）、認定こども園、幼稚園その他の就学前施設および通学している小学校等の関係機関や市の専門機関へ、市職員、指定管理者、クラブの支援員等が問い合わせ、情報を収集し、または参照すること。

年 月 日

保護者氏名（署名）
