

引き継ぎシート

R 年度版 作成日: 年 月 日

ふりがな					
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日生 (歳)
住所					TEL () -
所属	(利用中または次年度4月からの幼稚園・保育園・事業所)	相談事業所	<input type="checkbox"/> 計画相談(事業所: 担当:) <input type="checkbox"/> 委託相談(事業所: 担当:) <input type="checkbox"/> セルフプラン		
診断名	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(有の場合は診断名を記入)	診断を受けた病院	医師名()	
検査	検査名: K式発達検査・WISC-()・田中ビネー <input type="checkbox"/> IQ <input type="checkbox"/> DQ() / 検査日: 年 月 日				
取得手帳	無・療育手帳(A・B)・精神保健福祉手帳(級)・ 身体障害者手帳(種 級) / 障害名				
家族	続柄	氏名	年齢	同別居	勤務先名・学校名・連絡先(TEL)
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
				<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

■現在利用中又は次年度4月から利用する福祉事業所・リハビリ等

施設名	/ <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> その他
施設名	/ <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> その他
施設名	/ <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> その他

■ご本人の情報

生活習慣	食	食べられる物は限定されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	食物アレルギー (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
		具体的にどんな食べ物を限定して食べていますか?()	【 】
	事	食事の形態: <input type="checkbox"/> 通常食 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他()	
		食事は一人で食べることができますか? <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(声掛け・見守りを含む) <input type="checkbox"/> 全介助	
		食べる時の利き手はどちらですか? <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 定まっていない	
活	スプーン・フォークを使用できますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	箸を使って食べることができますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> トレーニング中		
	コップ・ストローを使って飲むことができますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	おやつ	食べられる物は限定されていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
習	飲み物	具体的にどんな飲み物を飲んでいますか?()	
	衣類着脱	衣服の着脱は一人でできますか? 【上衣】 着る: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(声掛け・見守りを含む) <input type="checkbox"/> 全介助	
		脱ぐ: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(声掛け・見守りを含む) <input type="checkbox"/> 全介助	
		【下衣】 着る: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(声掛け・見守りを含む) <input type="checkbox"/> 全介助	
	脱ぐ: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(声掛け・見守りを含む) <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	排泄は自立していますか? 排尿(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) 排便(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) 夜間(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)		
	※ <input type="checkbox"/> パンツ使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ使用 <input type="checkbox"/> その他()		
	排便後の拭き取りは自立していますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他()		
睡眠	オムツを交換する際に拒否をしますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他()		
	睡眠時間はどのくらいですか? 時 分~ 時 分 (約 時間)		
	午睡はしていますか? <input type="checkbox"/> はい(時 分~ 時 分 / 約 時間) <input type="checkbox"/> いいえ		
	夜泣きをしますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

発 達 状 況	手 先 の 運 動	利き手は決まっていますか？ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 定まっていない ハサミを使うことができますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> させたことがない ボタンを自分でかけることができますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> させたことがない ファスナーを自分で操作することはできますか？ <input type="checkbox"/> かけることができる <input type="checkbox"/> 上げることができる <input type="checkbox"/> させたことがない
	粗 大 運 動	ジャンプ(両足跳び)ができますか？ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 不明 けんけん(片足跳び)ができますか？ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 不明 イスに正しく座り姿勢を維持できますか？ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 不明 立位での姿勢が維持できますか？ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 不明 走り方・歩き方のぎこちなさがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 ボールを投げる、キャッチにぎこちなさがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
	危 険 回 避	手をつないで歩くことができますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 急な飛び出しはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ストップと言って止まれますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 高い所に登ってしまうことがありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ その他()
	意 思 疎 通	名前を呼ばれたら返事または反応をしますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他() 要求を伝えることができますか？ <input type="checkbox"/> 手を引く <input type="checkbox"/> 指差し <input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 言葉(単語・二語文・三語文) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> その他() 拒否を伝えることができますか？ <input type="checkbox"/> 声を出さず(泣く) <input type="checkbox"/> 首を振る <input type="checkbox"/> 喃語 <input type="checkbox"/> 言葉(単語・二語文・三語文) <input type="checkbox"/> 表出が難しい <input type="checkbox"/> その他() 相手からの言葉かけを理解することはできますか？ <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他()
	好 き な 物 や 事	(例:好きな遊び・キャラクター等)
	嫌 い な 物 や 事	(例:〇〇の音/暑さ/衣服のタグ/衣服のゴム/〇〇のにおい/暗い部屋/賑やかな環境等)
	そ の 他	(常同行動、パニック、その他特徴的な行動/感覚の鈍麻など配慮を要すること) 例:思い通りにいかないと痙攣を起す→好きな玩具で遊ぶことで気持ちを切り替えることができる。 /痛みを感じにくい。過度な身体接触は避ける。

本シートを関係機関に提供することに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名

(署名 又は 記名押印)