**引き継ぎシート** **R 年度版** 作成日： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | | | 生年月日 | 年　　　月　　　日生  （　　　　　　　　　歳） |
| 氏　　名 |  | | | | | | 男  女 | |
| 住　　所 | ℡（　　　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | |
| 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 | | | 計画相談（事業所：　　　　　　　　　　担当：　　　　　　）  委託相談（事業所：　　　　　　　　　　担当：　　　　　　）  セルフプラン | | |
| 診断名 | 有  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 ＩＱ 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） | | | | |
|  |  |  | 同居 別居 | |  | | | | |
|  |  |  | 同居 別居 | |  | | | | |
|  |  |  | 同居 別居 | |  | | | | |
|  |  |  | 同居 別居 | |  | | | | |
|  |  |  | 同居 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 | / 療育 ＯＴ ＳＴ PＴ その他 |
| 施設名 | / 療育 ＯＴ ＳＴ PＴ その他 |
| 施設名 | / 療育 ＯＴ ＳＴ PＴ その他 |

■ご本人の情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生  活  習  慣 | 食  事 | 食べられる物は限定されていますか？　はい　　いいえ  具体的にどんな食べ物を限定して食べていますか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  食事の形態：通常食　離乳食　きざみ食　ペースト食　その他（　　　　　　　　　） | 食物アレルギー  （ 有　 無 ）  【　　　　　　　　　　　】 |
| 食事は一人で食べることができますか？ 　　自立　　一部介助（声掛け・見守りを含む）　　　全介助  食べるときの利き手はどちらですか？　右　　左　　定まっていない  スプーン・フォークを使用できますか？　はい　　いいえ  箸を使って食べることができますか？　はい　　いいえ　　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？　　はい　　いいえ | |
| おやつ | 食べられる物は限定されていますか？　　はい　　いいえ  具体的にどんなおやつを食べていますか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 飲み物 | 飲める物が限定されていますか？　　はい　　いいえ  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：　自立　　一部介助（声掛け・見守りを含む）　　全介助  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 脱ぐ： 自立　　一部介助（声掛け・見守りを含む）　　全介助  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【下衣】 着る：　自立　　一部介助（声掛け・見守りを含む）　　全介助  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 脱ぐ： 自立　　一部介助（声掛け・見守りを含む）　　全介助 | |
| 排 泄 | 排泄は自立していますか？　　排尿（はい　　いいえ）　　排便（はい　　いいえ）　　夜間（はい　　いいえ）  ※パンツ使用　　オムツ使用　トレーニングパンツ使用　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  排便後の拭き取りは自立していますか？　　はい　　いいえ　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  オムツを交換する際に拒否をしますか？　　はい　　いいえ　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 睡  眠 | 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？　　はい（　　　時　　　分～　　　時　　　分／　約　　　　時間）　　いいえ  夜泣きをしますか？ 　　はい　　いいえ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発  達  状  況 | 手  先  の  運  動 | 利き手は決まっていますか？ 　　右　　左　　定まっていない  ハサミを使うことができますか？　はい　　いいえ　　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？　　はい　　いいえ　　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？  かけることができる　　上げることができる　　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？　　　□できる　　□できない　　□不明  けんけん（片足跳び）ができますか?　 　　□できる　　□できない　　□不明  イスに正しく座り姿勢を維持できますか?　　　□できる　　□できない　　□不明  立位での姿勢が維持できますか? 　□できる　　□できない　　□不明  走り方・歩き方のぎこちなさがありますか? □ある　　□ない　　　□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? 　□ある　　□ない　　□不明 |
| 危  険  回  避 | 手をつないで歩くことが出来ますか？　　　はい　　いいえ  急な飛び出しはありますか？　　はい　　いいえ  ストップと言って止まれますか？　はい　　いいえ  高い所に登ってしまうことがありますか？　　はい　　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？　　はい　　いいえ　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  要求を伝えることができますか？　手を引く　指差し　喃語　　言葉 （単語 ・ 二語文 ・ 三語文 ）  絵カード　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  拒否を伝えることができますか？　声を出す（泣く）　首を振る　喃語　言葉（ 単語 ・ 二語文 ・ 三語文 ）  表出が難しい　　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？ 　できる　　できない  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癇癪を起す→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）

寒川町地域自立支援協議会　児童期支援ネットワークワーキンググループ　作成 　【事業所名　 　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 担当者名　 　　　　　 　　　　 】