**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　 　　　　　 　　　　 】