

記入者	ふりがな 氏名		体験当日の 付添指導者名	
	施設名		電話番号	()
			FAX 番号	()

◆障害や発達の状況

ふりがな		男・女	年齢	才
幼児・児童氏名			小学校校区	
身体の様子	肢体障害の有無(有・無) 訓練等の通園機関()			
	できるものに○をつけてください	座位	立位	歩行 両足跳び ケンケン
	発作の有無(有・無) 投薬の有無(有・無) 投薬の種類()			
	アレルギーの有無(有・無) アレルギーの種類()			
	医療的ケアの有無(有・無) ケアの内容()			
生活 できるものに○をつけてください。	食事 偏食(有・無)→有の場合(特に) 全介助 手づかみ スプーン フォーク 箸 その他()			
	排泄 オムツ 定時排尿 自立 その他()			
	着替え 全介助 半介助(具体的に) 自立			
わかる力 できるもの <u>全て</u> に○をつけてください。	目が合う 模倣ができる 単語を話す 二語文で話す 大小比較ができる ごっこあそびをする 読み・書きができる			
	なぐりかき 円が描ける 人物が描ける はさみが使える			
対人	<伝え方>			
	<集団参加の仕方>			
すきなこと				
配慮事項 体調 感覚の過敏 こだわり 指導上の留意点等				