

記録者名

事前相談 兼 申込シート

記録日	20 年 月 日	利用サービス	児童発達 ・ 放課後デイ			
フリガナ		男・女	S・H・R	年	月	日生( 歳)
ご利用児						
フリガナ		男・女	続柄			
保護者氏名						
住所	〒 -					保護者電話番号 ( )
通所受給者証の有無	有 ・ 無	身体障害者手帳の有無	有 ( 種 級 ) ・ 無			
療育手帳の有無	有(A・B) ・ 無					
現在通っている通所施設						
他訪問看護ステーション利用の有無	有 ・ 無		(有:事業所名 )			
相談支援事業所	相談支援専門員					
かかりつけ医療機関名			主治医名	( 科)	先生	
傷病名						
アレルギーの有無と症状						
使用している医療機器・リスク等						
家族構成	続柄	氏名	年齢	同居・別居	特記事項	
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
現在のサービス日時・希望日等						
	月	火	水	木	金	土
午前						
午後						
得意なこと・好きな事						
してほしいこと・苦手なこと						
ご家族の希望						
ご本人の希望						
関係者の希望						
備考	(留意事項や要望・その他ご希望など)					