2019.5版

**三原市児童発達支援利用に関する意見書（未就学児用）**

※太枠の中を記入してください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  幼児名 |  | | 性別  男　・　女 | 生年月日  　　年　月　日生（　歳） |
| ふりがな  保護者名 |  | | 自宅電話 |  |
| 昼間の連絡先 |  |
| 住所 | 三原市 | | | |
| 就園状況 | 保育所・幼稚園名（　　　　　　　　　　　）　／　入所・就園していない | | | |
| お子さんの今の状態について，該当する項目にチェック（✔）をしてください | | | | |
| 発達 | | □ことばの遅れが気になる　　□指示がとおらない  □運動発達がゆっくりである　□手の使い方が不器用である  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 行動面・社会性 | | □視線が合いにくい　　□会話が一方的である  □落ち着きがない　　　□激しくかんしゃくをおこすことがある  □親や友達が興味を示しているものに，興味を示すことが少ない  □特定のものやことに強いこだわりがある | | |
| 感覚 | | □音に対して敏感である　　　□触覚に対して敏感である  □自己刺激がある　　　　　　□その他（　　　　　　　　　） | | |
| 集団・家庭での様子 | | □気持ちの切り替えが難しい　□一人で遊ぶことを好む  □慣れていない場面や場所にひどく緊張する  □集団活動の場から離れることが多い | | |

|  |
| --- |
| （児童発達支援利用に関する意見）  総合所見：  当該児童は，療育（児童発達支援の利用）が必要であると　□認められる。□認められない  利用日数は1か月２３日の利用が必要であると　　　　　　□認められる。□認められない。  本意見書が，サービス利用計画に利用されることに　　　　□同意します。□同意しません。  　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　所　　　属  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名 |