**三原市放課後等デイサービス利用に関する意見書（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 |
| 就学状況 | 学校名（　　　　　　　　）学年/クラス名（　 　　）担任名（　 　　　） |
| 【アセスメント】 |
| 発達 | □全体的な遅れがみられる　　 □発達にアンバランスがみられる□言語表現が苦手である　　　　 □視覚優位である |
| 社会性 | □人とのやりとりが苦手である　 □集団行動が苦手である□場面の雰囲気がつかみにくい　 □自己肯定感が低い |
| 想像性・柔軟性 | □こだわりが強い　　　　　　　 □気持ちの切り替えが難しい　□新しい場面が苦手である　　 　□パニックを起こしやすい |
| 行動面 | □落ち着きがない　　　　　　　 □集中しにくい□順番が待てない　　　　　　　 □人に対して攻撃的である□自傷行為がある |
| 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（　　　　　　　　　　）　　 |
| 身体のコントロール | □手先が不器用である　　　　　 □体の使い方がぎこちない□筋力が弱い |
| 学校での課題 | □授業中の離席が頻回　　　　　　□教室に入れない□登校しぶりがある　　　　　　 □友人関係でのトラブルがある□集団行動(行事等)に参加できない □その他（　　　　　　　　　） |
| 家庭での課題 | □ パニックが顕著　　　　 □暴言・暴力が顕著□器物損壊がある　　　 □生活リズムの乱れが顕著□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 地域生活での課題 | □近所とのトラブルが多い 　 □地域活動に参加できない□地域活動の場がない　　 　　 □ その他（　 　　　　　　　） |
| 総合評価　　　　　　　　　　　　　　　 | ※アセスメント結果があれば別途添付。※医師によるアセスメントの場合は、記入不要。　　年　　月　　日　　所属　　　　　　　　　　　　　職種・氏名 |
| （放課後等デイサービス利用に関する意見）診断名：　　　　　　　　　　　　　　　総合所見：当該児童は，療育（放課後等ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽの利用）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　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 |