

(記載例)

記入日 R7年 9月 10日

障がい・医療的ケア児保育認定児童 基本情報 保育所名 ○○○保育園

児童名	△△ △△	生年月日	Ⓡ 3. 7. 14
障がい名・疾患名	自閉スペクトラム症、知的障がい		障がい 軽・Ⓢ・重
医療的ケアの内容			
入所年月日	Ⓡ 4. 4. 1	認定開始日(障)	Ⓡ 7. 4. 1
		認定開始日(医)	R . .
家族構成	・父(Ⓢ・別居)・母(Ⓢ・別居) ・その他の同居(母方祖母) ・きょうだい R2年 11月 24日生(男・女) 年 月 日生(男・女) 年 月 日生(男・女)		
家庭状況	父は出張が多い。同居の母方祖母の協力はえられている。		
乳幼児健診	・10か月・1歳6か月・2歳・3歳・5歳 ※受診済に○ 心配があれば△		

		取得年月日	次回 更新年月日
福祉制度	身体障害者手帳	種 級	R . .
	変更	種 級	R . .
	療育手帳	B-・Ⓢ・A	R 7. 2. 25
	変更	B-・B・A	R . .
	特別児童扶養手当	級	R . .
	変更	級	R . .
	小児慢性特定疾病受給者証	有・無	R . .
診断判定・療育機関名	○×○×クリニック		Ⓡ 6. 12. 10 診断

【関係機関情報】

利用開始日： R. 6 . 10 . 22

機関名： ○×○×クリニック
 担当者： ○○Dr
 連絡先： 011-000-0000
 支援内容：
 3か月に1回定期受診

利用開始日 R. 7 . 2 . 1

機関名： □◇□◇デイサービス
 担当者： ◇◇
 連絡先： 011-000-xxxx
 支援内容：
 月・火曜日9:30~12:30

利用開始日： R. 7 . 3 . 7

機関名： ▽▽病院 (OT)
 担当者： ◇◇
 連絡先： 011-000-x0x0
 支援内容：
 隔週2回 (水曜日)

利用開始日 R. 7 . 6 . 5

機関名： □◇□◇事業所
 担当者： □□
 連絡先： 011-xxx-0000
 支援内容：
 不定期 (週1回) 14:00~17:00

本児・保育園

利用開始日： R. . .

機関名： _____
 担当者： _____
 連絡先： _____
 支援内容：

利用開始日 R. . .

機関名： _____
 担当者： _____
 連絡先： _____
 支援内容：

利用開始日： R. . .

機関名： _____
 担当者： _____
 連絡先： _____
 支援内容：

利用開始日 R. . .

機関名： _____
 担当者： _____
 連絡先： _____
 支援内容：

【保育受託時間】

7:30 ~ 18:00

保育園

事業所利用

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
月													
火													
水													
木													
金													
土													

(リハビリの日は降園)

休み

※登降園時間、児童発達支援事業所利用時間を表に記入してください