

フェイスシート

記入日	年 月 日	受付日: 年 月 日(事業所記入欄)
-----	-------	--------------------

フリガナ		性別	☐ 平成 ☐ 令和	年齢
本人氏名		生年月日	年 月 日	才
保護者名		住所		血液型
携帯番号				
学校名			学級	通常級(年 組)
学童ルーム	☐ 未利用 ☐ 利用 (TEL:)			支援級(年 組)

(キーパーソンが就労している場合の「不在曜日・時間帯など」)

受給者証	☐ なし ☒ あり ☐ 申請中	障害種別	☒ ASD ☐ ADHD ☐ 他
服薬	☐ なし ☐ あり		
アレルギー・発作	☐ なし ☐ あり		
応急処置(同意)	アルコール消毒	☐ 可 ☐ 不可	絆創膏 ☐ 可 ☐ 不可

通所希望日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土	送迎サービス	☐ 不要 ☐ 希望
お子さんが体調不良等での早退時、自主でのお迎えは出来ますか？			☐ 可 ☐ 不可

※ 上記「通所希望日」「送迎サービス」につきましては、「通所サービス」のご利用にかかる記入欄となります。

「性格、特性(障害)受容感、自分の事をどう捉えているか」を、簡単に教えてください。

▼ ①最も困っている事、②半年後の理想像、③1年後の理想像を、記入してください ▼

児童生徒への支援	本人①
	本人②
	本人③
[ニーズ]	
ご家族への支援	家族①
	家族②
	家族③

▲ 支援のセオリーは「スモールステップ」となります。詳しくは面談の時にお伺いいたします ▲