

インテックスシート

受付：令和 年 月 日 () 時 分～ 担当職員名：

保護者様 ^{よみかた} 氏名：	電話番号：
住所：〒 - 市 区	
お子様 ^{よみかた} 氏名： (男・女)	学校 (小・中・高) 年生
生年月日： 年 月 日生： 歳	園 (年少・年中・年長) クラス
兄弟・年齢： : 歳, : 歳	
家族構成：本人・父・母・祖父・祖母・	同居計 人
手帳： 診断： 心理検査等 結果、日付：	
受給者証： 日/月, 現在他事業所利用日数：	
診察 (予定、希望)： 月 日 () 時 分 Dr.	
服薬、何をいつから：	

① 保護者 (母・父・)

ぼに一への希望：

お子様へのねがい：

こまり：

② 学校等様子：

ともだちとの関わり：

コミュニケーション：

集団行動：

次の行動の指示：

③ 身辺自立：

トイレ：

持ち物管理：

着替え：

その他 (生理等)：

インテックスシート

④ 学 習：

こ と ば：

文字読み書き：

その他（文章、計算、記憶、鉛筆持ち方・筆圧など）：

⑤ 運 動：

微細運動・粗大運動：

協調運動（キャッチボール、縄跳び等）：

利 き 手：鉛筆、はし、はさみ、ボール投げ、他

⑥ 感 覚 面（敏感・鈍麻）：

→高揚時対応方法

音・皮膚・嗅覚・味覚・視覚：

そ の 他：

⑦ アレルギー等：

→発症時対応方法

食 べ 物：

花粉症・アトピー・喘息等：

てんかん：

⑧ 本 人

強 み：

好きなこと：

夢中になってやること：

将来になりたいもの：

食 べ 物：

食べない・食べれないもの：

⇒理由（見た目・色・食感・味・その他）：

好きな食べ物：

嫌いな食べ物：

⑨ 配慮事項等（身体面・内臓面、交通事故・既往症、自傷・他害・こだわりなど）