

児童発達支援センター希望児童の現況

※（年齢は令和9年4月2日現在）

ふりがな		性別	令和 年 月 日 作成			
児童氏名			記入機関名：			
生年月日	R . . 生（ 歳 か月）		担当者 ：			
	電話番号 ：					
家族の 状況等						
入園希望 の理由						
現在の 状況等	食事					
	排せつ					
	着脱					
	行動 遊び等					
	検査 結果	新版 K 式発達検査 実施日：令和 年 月 日 DA DQ P-M C-A L-S 全領域			未実施の場合は、下記に ○をつけて下さい。 未実施	
保健面 留意点	診断名					
	診断された医療機関					
	かかりつけの医療機関					
備 考	第一希望		第二希望		第三希望	

確認欄：令和 年 月 日 保護者氏名（自署）