

参加者申込日常チェック表（2025年度）

参加者氏名			
病名又は障害者名		手帳の有無	身障手帳 の 級 ・ 無 療育手帳 A・B
身体障害	有（症状及び支援方法） ・ 無		
知的障害	有（A・B）		
情緒障害	有（症状及び支援方法） ・ 無		
健康状態	健康状態	平熱（ °C） 当日に検温してきてください。当日体調不良の場合は欠席してください。	
	服薬の有無 （有・無）	1. 服用している薬（ ） 2. 服用時間（ ） 3. 回数（ ） 4. 飲ませ方（ ）	
	アレルギー （有・無）	1. 原因となるもの（例：食べ物・医薬品・動物・花粉など） （ ） 2. 反応の様子 （ ） 3. アレルギー反応への対応方法 （ ）	
	れいれん・ 発作の有無 （有・無）	1. （有・無） 回ぐらい 薬（有・無） 対処方法について  2. 前回の時期・程度 （ ） 服用方法（ ）	
水分補給	<input type="checkbox"/> 水分が(好き・嫌い) <input type="checkbox"/> のどが渴くと、自分で飲む <input type="checkbox"/> 言葉かけがあれば、飲む <input type="checkbox"/> 飲ませてもらって飲む <input type="checkbox"/> その他（ ）		
移動	<input type="checkbox"/> 介助 （有・無）	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 介助方法	

裏につづく →

着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他	介助方法
排尿・排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> おむつ(有・無) <input type="checkbox"/> その他	介助方法・定時に連れて行く時間・配慮してほしいところ
行動特性	他傷・自傷 (有・無)	きっかけ ( ) 対応方法 ( )
	好きなこと(もの)	
	嫌いなこと(もの)	
コミュニケーション・ 集団参加	<input type="checkbox"/> 対話が(できる・できない) <input type="checkbox"/> 他人でも対話が(できる・できない) <input type="checkbox"/> 他の子どもとでも対話が(できる・できない) <input type="checkbox"/> 一人であることが多い <input type="checkbox"/> 一人であるのを(好む・好まない) <input type="checkbox"/> すすんで一緒に活動することができる <input type="checkbox"/> 誘われると一緒に活動することができる <input type="checkbox"/> 自分から働きかけることができる <input type="checkbox"/> その他 ( )	
感覚	過敏であったり、特に苦手とすることがあれば、ご記入ください。	
プール活動	1. 水が(好き・嫌い) 2. 顔が水に(つけれる・つけれない)	
自宅でのようす	自宅で普段遊んでいることや、好きなこと、苦手なことなどをご記入ください。	
その他特に注意しても らいたいこと		