

## 生 活 記 録(保 護 者 用)

学校 (現)小・中・高 学部 年 氏名

該当する内容の□欄にレ点をつけてください。( )内には内容を詳しく記入してください。

|                           |                                                                                                                 |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 睡眠                        | 1. 就寝時間 ( 時頃 ) 起床時間 ( 時頃 )                                                                                      |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |
|                           | 2. 寝かしつけについて <input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 必要 寝かしつけに必要な時間( 分)                          |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |
|                           | 3. 誰と寝ていますか? <input type="checkbox"/> 一人で寝ている <input type="checkbox"/> 時々添い寝が必要 <input type="checkbox"/> 添い寝が必要 |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |
|                           | 4. 学校行事以外での宿泊経験はありますか? <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                  |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |
|                           | ※4で「あり」と答えた方のみ。その時の睡眠の様子についてご記入下さい。<br>[ ]                                                                      |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |
| 食事                        | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                     | 好きな食べ物 ( )                         |                                                                  | 苦手な食べ物 ( )                   |                              |                              |
|                           | <input type="checkbox"/> 支援が必要 ( )                                                                              |                                    | 補助食器 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 他( ) |                              |                              |                              |
| 排尿                        | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                     | <input type="checkbox"/> 支援が必要 ( ) |                                                                  |                              |                              |                              |
| 排便                        | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                     | <input type="checkbox"/> 支援が必要 ( ) |                                                                  |                              |                              |                              |
| 夜尿                        | <input type="checkbox"/> 無                                                                                      | <input type="checkbox"/> 有 頻度 ( )  |                                                                  |                              |                              |                              |
| 月経                        | <input type="checkbox"/> 無                                                                                      | <input type="checkbox"/> 有 支援 ( )  |                                                                  |                              |                              |                              |
| 洗面                        | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                     | <input type="checkbox"/> 支援が必要 ( ) |                                                                  |                              |                              |                              |
| 歯磨き                       | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                     | <input type="checkbox"/> 支援が必要 ( ) |                                                                  |                              |                              |                              |
| 入浴                        | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                     | <input type="checkbox"/> 支援が必要 ( ) |                                                                  |                              |                              |                              |
| 登校準備                      | <input type="checkbox"/> 自立                                                                                     | <input type="checkbox"/> 支援が必要 ( ) |                                                                  |                              |                              |                              |
| 移動                        | <input type="checkbox"/> 自力歩行                                                                                   | <input type="checkbox"/> 電動車椅子     | <input type="checkbox"/> 手動車椅子                                   | <input type="checkbox"/> 歩行器 | <input type="checkbox"/> 補装具 | <input type="checkbox"/> その他 |
| 対人関係<br>(性格など)            |                                                                                                                 |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |
| 好きなこと<br>得意なこと<br>余暇の過ごし方 |                                                                                                                 |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |
| 嫌いなこと<br>苦手なこと            |                                                                                                                 |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |
| 家庭での様子<br>過ごし方            |                                                                                                                 |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |
| 生活面・安全面で気<br>をつけていること     |                                                                                                                 |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |
| 【その他】伝えておきたいこと、関係機関との連携など |                                                                                                                 |                                    |                                                                  |                              |                              |                              |