

セレン学園 利用申込書

記入日 年 月 日

ふりがな		住所	(〒)
保護者氏名			TEL ()

※お子様のことについて記載してください

ふりがな		性別	生年月日	
児童氏名			R 年 月 日 (歳)	
			※(年齢は令和8年4月2日現在)	
手帳 受給者証	療育手帳 (☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ 無 ☐ 申請中) 精神保健福祉手帳 (☐ 有 ☐ 無 ☐ 申請中) 身体障害者手帳 (級・申請中) 受給者証(児童通所支援) (☐ 有 ☐ 無 ☐ 申請中) ※該当箇所に○印をお願いします。			
健康 薬	てんかん発作 (☐ 有 ☐ 無) 熱性けいれん (☐ 有 ☐ 無) 慢性的疾患 (☐ 有 ☐ 無) (診断名 _____) 服薬中の薬 (☐ 有 ☐ 無) (薬 名 _____) ※該当箇所に○印をお願いします。			
診断名等	診断名		診断された医療機関名	
かかりつけ医	病院名等		住所	
生活 該当するものに○をして、 必要事項を記入	食事	箸・練習箸・スプーン・フォーク・自助食器・コップ・ストロー付きマグ どんな補助をしているか ()		
	排泄	布パンツ・トレーニングパンツ・おむつ ひとりでできる・一部介助が必要・その他 ()		
	身支度	衣服の着脱・靴の着脱の様子について記入してください。		
	遊び	好きなあそびを記入してください。		
運動 感覚	姿勢	歩行・走行・座る姿勢等の様子を記入してください。		
	感覚	視覚、聴覚、触覚など保有する感覚について気になる点があれば記入してください。(例：大きな音が苦手等)		
言語	理解	言われた言葉に対する反応や理解度の様子を記入してください。		
	表出	自分の思いや感情をどのように相手に伝えるのか。表現部分の様子を記入してください。		
社会性	情 緒	こだわりや癇癪、トラブルまたは優しい一面等、気持ちや情動の調節に関して記入してください。		

社会福祉法人愛誠会

他利用状況	※保育園、幼稚園、他福祉サービス等の利用があれば種類と施設名をお書きください。 (例)(種類: 児童発達支援事業 施設名など)
肢体不自由児 クラス	※肢体不自由児クラス希望の方はご記入ください。詳細は契約時に確認いたします。 医療的支援の有・無(具体的内容: _____)
その他	最近よく見かける行動・遊び・できるようになったこと等、自由に記入してください。
ご家庭での様子・気になること	
上記の内容と重なっても構いません。ご家庭での様子を記入してください。	
入園希望理由	
セレン学園に期待する療育支援	
保護者の希望・本人の希望を記入してください。	

返信先: 〒272-0103 千葉県市川市本行徳1266-2 セレン学園 宛 (郵送、持参どちらでも可)

お問い合わせ、郵送先の担当者: 社会福祉法人愛誠会 相原 花奈 電話番号: 047-316-2316

※ご提供いただいた個人情報、入園申請、児童登録以外の目的では使用いたしません。