

第48回島根県心身障害児（者）親の会連合会大会・研修会

託児申込書

本人の氏名	フリガナ	性別	年齢
		男・女	歳
保護者の氏名	フリガナ	携帯電話番号（当日連絡のつく番号）	
託児希望時間	時 分～ 時 分		
※託児時間は12時30分～16時			

障害	無 ・ 有 *障害名			
	言葉の有無・意思の伝達・発作・多動など具体的に			
歩行	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> その他			
	配慮事項			
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 予告する <input type="checkbox"/> 予告しない <input type="checkbox"/> 定時		
	排便	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 予告する <input type="checkbox"/> 予告しない <input type="checkbox"/> 定時		
	配慮事項			
食事	<input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> アレルギー			
	配慮事項			
服薬	<input type="checkbox"/> 服用している <input type="checkbox"/> 服用していない			
	配慮事項			
その他の配慮事項（具体的にお書きください）				