

# 相 談 者 調 査 票

令和            年            月            日記入

※ できるだけ詳しく記入してください。

※ 情報に関しては、個人情報保護法に関する基本方針の趣旨を踏まえ、適正な取り扱いに努めます。

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女    生年月日 \_\_\_\_\_ 年    月    日 (    ) 才

住 所 \_\_\_\_\_ 所属・勤務先 \_\_\_\_\_

連絡先 (自 宅) \_\_\_\_\_ (携 帯) \_\_\_\_\_

<家族等の状況>

氏 名	続 柄	生年月日	所 属・職 業

☆ 相談したいこと、気になることをお書きください (思いついたことを自由にお書きください)

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

☆ ポラリスのことを、どこでお知りになりましたか

-----

-----

☆ これまでのことについておうかがいします

発達面・身体疾患等で、継続的に医療機関にかかっていたことがありますか < はい・いいえ >

いつ頃、かかっていたか？	( )才( )ヶ月頃
医療機関はどこですか？	
担当ドクターおよび診断名は？	担当ドクター( ) 診断名( )

小・中・高・大学(専門学校)のことについておうかがいします

( )小学校	<input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
( )中学校	<input type="checkbox"/> 普通学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
( )高等学校	<input type="checkbox"/> 全日制 <input type="checkbox"/> 定時制 <input type="checkbox"/> 通信制 <input type="checkbox"/> 特別支援学校
( )大学・専門学校	専攻・専門( )

学校はどうでしたか？(友達関係、クラブ活動、成績、得意・不得意な科目等、なんでも結構です)

..... ..... .....
-------------------------

職歴があればご記入ください(アルバイト、派遣社員、契約社員、正社員等)

期 間	職 種

☆ 現在のことについておうかがいします

医療機関(精神科等)・相談機関にかかっていますか？ < はい・いいえ >

<医療(相談)機関名、診断・相談内容・服薬状況等、具体的にご記入ください>

..... ..... .....
-------------------------

療育手帳・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳を所持していますか？ < はい・いいえ・以前所持していた >

手帳の種類と等級について	精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・身体障害者手帳 (1級・2級・3級・A1・A2・B1・B2)
申請時の年齢	( )才( )ヶ月頃

福祉サービスを受けられていますか？(利用しているサービス・利用開始年齢・頻度等、具体的にご記入ください)

..... ..... .....
-------------------------

近況について(仕事のこと、家族のこと、友達関係、余暇の過ごし方等、なんでも結構です)

..... ..... ..... .....
----------------------------------