

# 相談者調査票

令和 年 月 日記入

記入者 \_\_\_\_\_

※ 当てはまる項目の□に ✓ 印を記入してください。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。

<相談したいこと>

お子さんの氏名 ふりがな \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 才)

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 (自宅) \_\_\_\_\_ (携帯) \_\_\_\_\_

災害時避難先 (予定) \_\_\_\_\_ (メールアドレス) \_\_\_\_\_

<家族等の状況>

氏名	続柄	生年月日	所属・職業

新生児期以降のことについておうかがいします

<出生時の状況>

出産時	在胎 ( _____ ) 週 体重 ( _____ ) g 身長 ( _____ ) cm 頭囲 ( _____ ) cm
出産直後の様子	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死状態だった <input type="checkbox"/> 保育器を使用した <input type="checkbox"/> 黄疸があった (光線療法 : 有・無) <input type="checkbox"/> 特に心配なことがあった 例) 母乳の吸いが弱い・寝つきがよくない 等 ( _____ )

<既往歴>

てんかん	無・有 ( _____ ) 才頃 脳波異常 ( 無・有 ) 服薬 ( 無・有 )
熱性けいれん	無・有 ( _____ ) 才頃 回数 : ( _____ ) 回のみ・くり返し起こしている 時間 : 5分未満・5分以上・10分以上
その他	無・有 <中耳炎・アトピー・ぜんそく・アレルギー( _____ )・その他( _____ )> 定期的に通院している機関 : 疾患名( _____ ) 医療機関名( _____ )

<健診時の様子> 気になる点、指摘を受けた内容等について、具体的にご記入ください

4ヶ月健診	発達相談 無・有 ( _____ ) 保健センター ( _____ ) 保健師
10ヶ月健診	発達相談 無・有 ( _____ ) 保健センター ( _____ ) 保健師
1歳6ヶ月健診	発達相談 無・有 ( _____ ) 保健センター ( _____ ) 保健師
2歳6ヶ月健診	発達相談 無・有 ( _____ ) 保健センター ( _____ ) 保健師
3歳6ヶ月健診	発達相談 無・有 ( _____ ) 保健センター ( _____ ) 保健師
5歳児健診	発達相談 無・有 ( _____ ) 保健センター ( _____ ) 保健師

<発達の経過>

定額	( _____ ) 才 ( _____ ) ヶ月頃	座位	( _____ ) 才 ( _____ ) ヶ月頃	這行	( _____ ) 才 ( _____ ) ヶ月頃
初歩	( _____ ) 才 ( _____ ) ヶ月頃	人見知り	( _____ ) 才 ( _____ ) ヶ月頃	指差し	( _____ ) 才 ( _____ ) ヶ月頃
初語	( _____ ) 才 ( _____ ) ヶ月頃	初語はどんな言葉ですか? ( _____ )			



☆ 発達面で医療機関を受診されたことがありますか？（はい・いいえ）※以下、「はい」と答えた方のみご記入ください。

いつ頃、受診しましたか	( )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( )
どのような内容で相談されましたか	
服薬はされていますか	無・有( )

☆ 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 <input type="checkbox"/> 通級教室
( )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 <input type="checkbox"/> 通級教室
( )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 <input type="checkbox"/> 通級教室
( )大学・専門学校	専攻・専門( ) <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 休学中 <input type="checkbox"/> 中退

☆ 学校での様子について、担任から指摘があったことや、成績・対人関係などについて、具体的にご記入ください

--

☆ 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・正社員等の形態や業務内容についても、具体的にご記入ください）

期 間	職 種
年 月～年 月 年 ヶ月	
年 月～年 月 年 ヶ月	
年 月～年 月 年 ヶ月	
年 月～年 月 年 ヶ月	

現在の様子についておうかがいします

☆ 医療機関に通院されていますか（はい・いいえ・以前かかっていた）

いつ頃、受診しましたか	( )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( )
どのような内容で相談されましたか	
服薬はされていますか	無・有( )

☆ 精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・身体障害者手帳を所持していますか

障害者手帳の所持について	所持している・申請中である・所持していない ※以下、該当する方のみご記入ください
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 その他( )
申請時の年齢	( )才( )ヶ月頃

☆ 福祉サービスを利用されていますか（利用中のサービス・相談機関・利用開始年齢・頻度等、具体的にご記入ください）

--

☆ 日常(普段)の様子についてご記入下さい（就労先で、家庭で、または施設内で、日課や余暇の過ごし方、友人・家族関係等）

--