

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、受診しましたか	()才 ()ヶ月頃 ~ ()歳頃
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 月
年 月 ~ 年 月	年 月
年 月 ~ 年 月	年 月
年 月 ~ 年 月	年 月

現在のこと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()
自立支援医療は	利用している ・ 利用していない

☆ 精神障害者保健福祉手帳・療育手帳・身体障害者手帳の所持、および、障害基礎年金を受給されていますか

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
障害基礎年金について	受給している(1級・2級・3級)・申請中である・受給していない

☆ 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)

--

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)

--