

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 ~ ()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 月	年 月
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()
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）

--

☆ 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）

--