

相談調査票

対象：初めて療育手帳交付申請される 18 歳以上の方（新規）

令和____年____月____日

※当てはまる項目について、□に✓または○をしてください。

※できるだけ詳しく書いてください。記入者_____（続柄_____）

▼本人

氏 名	生年月日	住所
	(S ・ H ・ R) 年 月 日	

▼家族状況

氏 名	続柄	生年月日	職の有無	健康状態	同居	面接日に 同伴の場合○
		(S ・ H ・ R) 年 月 日	有 ・ 無	健康 ・ 病弱	有 ・ 無	
		(S ・ H ・ R) 年 月 日	有 ・ 無	健康 ・ 病弱	有 ・ 無	
		(S ・ H ・ R) 年 月 日	有 ・ 無	健康 ・ 病弱	有 ・ 無	
		(S ・ H ・ R) 年 月 日	有 ・ 無	健康 ・ 病弱	有 ・ 無	

▼（面接日の同伴者が家族以外の場合）同伴者

氏 名	本人との 関係	生育歴を 把握している	最近の様子を 把握している	連絡先（所属や電話番号等）
		はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	
		はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	

▼療育手帳を申請する理由

- ☐ 就労のため
☐ 障害福祉サービス利用のため
☐ その他（_____）

▼生育歴

1. 出産前

☐ 問題なし ☐ 問題あり → 詳細：_____

2. 出産状況

在胎_____週 生下時体重_____g 身長_____cm

☐ 問題なし ☐ 問題あり → 詳細：_____

3. 発達の様子

首のすわり_____ヶ月 始歩_____ヶ月 初語_____ヶ月

4. かかった病気

☐ ひきつけがあった（_____歳頃） → そのとき発熱（あり ・ なし）

☐ 「てんかん」がある（_____歳頃から）発作頻度（月 ・ 週 ・ 日に_____回程度）

☐ その他 詳細：_____

☐ 現在、（入院 ・ 通院）中である → 期間：_____

医療機関：_____ 病名：_____ 服薬（有 ・ 無）

▼施設歴

☐ 施設に（通所 ・ 入所）していた → 施設名：_____

利用期間：_____ 理由：_____

▼相談歴

☐ こどものときに発達相談をした → 時期：_____歳頃

相談機関：_____ 相談内容：_____

☐ 医師から知的障害の診断を受けた → 診断時期：(S・H・R) 年 月 頃

医療機関： 診療担当科： 医師：

☐ 知能検査を受けた → 直近の検査の時期：(S・H・R) 年 月 頃

検査名： 実施機関：

検査結果：

▼教育歴

☆ 保育園 幼稚園 ☐療育支援を受けた ☐就学相談をした

☆ 小学校（普通学級・支援学級・特別支援学校）

出席…☐ほぼ休まず出席 ☐休みがち ☐不登校（年間30日以上欠席）

成績…☐普通 ☐低い 100点満点のテストで（ ）点位

適応…☐集団活動ができる ☐集団活動がとりにくい

☆ 中学校（普通学級・支援学級・特別支援学校）

出席…☐ほぼ休まず出席 ☐休みがち ☐不登校（年間30日以上欠席）

成績…☐普通 ☐低い 定期テスト（主要5教科）500点満点中（ ）点位

適応…☐集団活動ができる ☐集団活動がとりにくい

☆ 高等学校（全日制・定時制・通信制・特別支援学校）☐卒業 ☐留年 ☐退学

出席…☐ほぼ休まず出席 ☐休みがち ☐不登校（年間30日以上欠席）

成績…☐普通 ☐低い

適応…☐集団活動ができる ☐集団活動がとりにくい

☆ 大学・専門学校 ☐卒業 ☐留年 ☐退学

※免許・資格等：

▼職歴

事業所名	仕事内容	期 間	社会保険 有・無	備 考
		～		

▼利用している制度

☐障害基礎年金もしくは特別児童扶養手当を受給中 → （1級・2級）

☐身体障害者手帳所持（種 級）障害名：

☐精神障害者保健福祉手帳所持（級）所持理由：

▼日常生活状況

会話

☐会話が可能

☐簡単な指示を理解する

☐単語表現

☐言葉の理解が困難

☐発語なし

☐かん黙

文字

☐簡単な漢字を読む

☐簡単な漢字を書く

☐ひらがなを読む

☐ひらがなを書く

☐文字を読めない

☐文字を書けない

計算

☐お釣りの計算をする

☐小銭で支払いをする

☐九九がわかる

▼現在の困りごと

▼面接や検査で必要な配慮 ☐必要 ☐必要なし

（詳細）