

調 査 票 (療育手帳・18歳未満)

フリガナ 本人氏名： _____	生年月日： H・R ____年 ____月 ____日 (____歳)
記入日： R ____年 ____月 ____日	記入者： _____ (続柄： _____)
保護者の日中の連絡先 TEL _____ - _____ (_____携帯・固定電話)	

(以下、できるだけお答えいただきますよう、ご協力をお願いします)

■ **新規の場合、療育手帳を申請するきっかけや目的を記入してください。*更新は省略可**

■ **当てはまるものに○をつける、または記入してください。**

1 本人について

「住まいの場」は、(家庭・入所施設[_____]・病院[_____])

「現在の所属」は、(_____ 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・その他 [_____])

現在の家族構成を記入して下さい。すでに療育手帳を持っている方の続柄に○印をつけてください。

続柄	氏名(フリガナ)	生年月日	会社・学校等	続柄	氏名(フリガナ)	生年月日	会社・学校等

福祉制度の利用について○をつける、または記入してください。

特別児童扶養手当	(1級・2級・無受給 [所得制限・未申請])	医療助成	(無・有)
身体障害者手帳	(無・有 [交付日 ____年 ____月 ____日 ____種 ____級])		
精神保健福祉手帳	(無・有 [交付日 ____年 ____月 ____日 ____級])		
放課後等児童デイサービス	(無・有 [内容 _____ 事業所 _____])		
相談支援事業者等	(無・有 [事業者等 _____])		

本人の様子について○をつける、または記入してください。

会話は	(日常会話可能・2~3語・単語・喃語・身ぶり・筆談・手話・できない)
歩行は	(安定・不安定・歩行できない・車椅子使用・バギー使用)
行動面の困り事	(無・有 [落ち着きがない・多動・自傷・他害・徘徊・その他 _____]) 有の場合の具体的内容 (_____)

(裏面もあります)

2 医療機関等の受診について

発達・精神面等で 医師の診断を受けたこと	(いいえ・はい [_____ 歳時 _____ 病院]) はいの場合 [知的障害・自閉スペクトラム障害(ASD)・注意欠如多動性障害(ADHD) 学習障害(LD)・精神疾患 _____ その他 _____]
傷病や基礎疾患等で 医師の診断を受けたこと	(いいえ・はい [髄膜炎 _____ 歳・脳炎 _____ 歳・頭部外傷 _____ 歳・頭部打撲 _____ 歳 てんかん _____ 歳・脳性麻痺・ダウン症・その他 _____])
現在の通院・服薬	通院 (いいえ・はい [_____ 病院 _____ 年 _____ 月 ~ ・理由 _____]) 服薬 (いいえ・はい [_____])

3 発達検査・知能検査について

1年以内に発達検査・ 知能検査を受けたこと	(いいえ・はい [いつ _____ 年 _____ 月頃 ・ どこで _____]) はいの場合 [検査は K式・WISC・ビネー式・その他 _____ ・不明] 検査結果 _____ (IQ/DQ、〇歳程度等)
1年以内に発達検査・ 知能検査を受ける予定	(いいえ・はい [いつ _____ 年 _____ 月頃 ・ 理由 _____])

4 保護者の方が相談したいことや、本人に配慮が必要なこと等があれば、記入してください。

※ 療育手帳判定のため、こども家庭センターに来所いただく日時については、後日、郵便等にてお知らせします。ご協力ありがとうございました。

* 市町記入欄

来所希望日 (いつでも可 ・ 希望有)

有の場合：曜日 (月・火・水・木・金) 時間帯 (午前・午後)

写真添付 (有 ・ 無)

その他添付書類 (有 ・ 無) 有の場合：(診断書・検査結果・その他 _____)

その他配慮事項等ある場合は以下記入

(例：保護者は〇〇語しか話せない、聴覚・視覚障害の有無、〇〇について配慮が必要 等)