

相談受付票

記入日： 年 月 日

記入者		続柄	本人・父・母・その他（ ）
-----	--	----	---------------

【個人情報の取り扱いについて】

① ご記入いただいた情報は、当支援室の業務以外の目的には使用いたしません。

② ただし、必要な場合に関係機関への情報提供を行います。

当支援室が個人情報の収集および提供を行うことに同意しますか。

同意する ・ 同意しない

◆ 本人の情報

フリガナ		生年月日	年 月 日 () 歳
氏名		性別	男 ・ 女
		電話	- -
住所	〒 港区		本人以外の場合 (続柄:)
勤務先/学校			
紹介機関・紹介者			

◆ 相談を希望されるのは、どのような心配や問題のためでしょうか？

◆ 心配や問題が始まった時期はいつですか？ (年 月頃、あるいは 歳頃)

◆ 家族構成

氏名	続柄	生年月日	同居・別居	勤務先/学校	最終学歴 (学校名)
本人:		年 月 日	同 別		
		年 月 日	同 別		
		年 月 日	同 別		
		年 月 日	同 別		

◆ ご家族の通院歴・入院歴

家族・親戚で精神科や神経科へ通院歴・入院歴のある方、てんかんや知的障害のある方はいますか？ いない ・ いる

1) 続柄		病名		通院していた・通院中・入院していた・入院中
2) 続柄		病名		通院していた・通院中・入院していた・入院中
3) 続柄		病名		通院していた・通院中・入院していた・入院中

◆ こどもの頃や今までの経過について、分かる範囲でおしえてください

1) 出生時のことについてご記入ください

お母さまの妊娠中に何か問題はありましたか？	はい ・ いいえ (あれば具体的に：)		
分娩の状況	<input type="checkbox"/> 自然分娩	<input type="checkbox"/> 帝王切開	<input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> 低体重
出生時の在胎週数	週	出生体重	グラム
出生時の異常	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 新生児仮死	<input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> 保育器使用

2) 発達についてご記入ください

首のすわり	ヶ月	寝返り	ヶ月
お座り	ヶ月	はいはい	ヶ月
つかまり立ち	ヶ月	一人歩き	ヶ月
バイバイ	ヶ月	指さし	ヶ月
単語の使用	ヶ月	はじめて話した単語	
2語文の使用	ヶ月	はじめて話した2語文	

3) 健診のときに相談したことや指摘されたことはありますか？

1歳半健診	
3歳健診	
その他健診	

4) 小学校入学までの様子について、当てはまるものにチェックを記入してください(複数回答可)

- 視線が合いにくい かんしゃくが強い 人見知りが強い、もしくはない
 落ち着きがない 物や順番へのこだわりがある 幼稚園・保育園に行きたがらない
 運動が苦手・不器用 偏食
 その他・印象に残っていることなど

5) 教育についてご記入ください

幼稚園／保育園	公立・私立	幼稚園／保育園・卒園	
小学校	公立・私立	小学校(年生)・卒業	成績 □ 上 □ 中 □ 下
中学校	公立・私立	中学校(年生)・卒業	成績 □ 上 □ 中 □ 下
高校	公立・私立	高校(年生)・卒業	成績 □ 上 □ 中 □ 下
大学／専門学校等	公立・私立	大学／専門学校等・卒業	成績 □ 上 □ 中 □ 下
最終学歴			

<input type="checkbox"/> 普通学級 (<input type="checkbox"/> 補助教員)	<input type="checkbox"/> 適応指導教室 <input type="checkbox"/> 特別支援教室 小・中学校 ____ 年から 小・中学校 ____ 年まで	<input type="checkbox"/> 特別支援学級 (知的・情緒) 小・中学校 ____ 年から 小・中学校 ____ 年まで	<input type="checkbox"/> 特別支援学校 小・中・高等部 ____ 年から 小・中・高等部 ____ 年まで	<input type="checkbox"/> その他
---	--	--	---	------------------------------

6) 小学校・中学校・高校時代の出席状況について、当てはまるものにチェックを記入してください

- 毎日登校 遅刻や早退が多い
 保健室登校 不登校

7) 過去を振り返ったとき、当てはまるものがあればチェックを記入してください (複数回答可)

- いじめや仲間外れにあった 虐待やネグレクト、暴力にあった
 金銭的なトラブル 学業不振 親子(家族)関係が悪かった
 その他

◆ 相談歴について、おしえてください

いままでに精神科・心療内科・相談(療育)機関等でご相談したことがありますか?

病院・機関名	時期	診断・処方・相談内容など

◆ 手帳を取得されていますか？ はい ・ いいえ

はいの人のみ 愛の手帳（ ）度

精神障害者保健福祉手帳（ ）級

身体障害者手帳（ ）級

◆ 現在の様子について、おしえてください

< 日常生活・家庭 >

- 片づけができない 気分にもらがある
- 物・お金の管理ができない 育児・家事で困っていることがある
- 感覚に過敏である
- 音 味 匂い 肌触り まぶしさ その他（ ）
- 睡眠で気になることがある
- 朝起きられない 寝すぎてしまう なかなか眠りにつけない
- 日中でも眠い 夜中に目が覚める 朝早く目が覚める
- その他（具体的なエピソードがあればお書きください）

< 学業・仕事 >

- ケアレスミスが多い 電話対応ができない
- 課題や提出物を期限内に出せない 時間内に複数の仕事ができない
- 科目履修や時間割を自分で組めない 離職や転職を繰り返す
- ルーティンが変えられない 時間のマネジメントができない
- その他（具体的なエピソードがあればお書きください）

< 人間関係 >

- 3人以上の会話についていけない 人との関係を維持するのが苦手
- 世間話ができない 空気を読めないと言われることがある
- 多人数よりも少人数の方が落ち着く 人に合わせすぎてしまう
- その他（具体的なエピソードがあればお書きください）

◆ 職歴について、おしえてください

会社名	期間	職種・仕事内容など

◆ 就職活動や転職活動でご利用されたサービスについて、教えてください

(ハローワーク、就労移行支援事業所など)

サービス・事業所名	期間	相談内容・サービス内容など

ご協力ありがとうございました