**調　査　票**（療育手帳・18歳未満）

|  |
| --- |
| ：　　　　　　　　　　　　　　　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　　℡　　　　－　　　　－　　　　　　（　　　　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
* **当てはまるものに〇をつける、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〇印をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 続柄 | 氏　名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | 生年月日 | 会社・学校等 | 続柄 | 氏　名（ﾌﾘｶﾞﾅ） | 生年月日 | 会社・学校等 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* 福祉制度の利用について〇をつける、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) | | |
| 放課後等児童ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ | ( 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〇をつける、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　）　キャンセル対応（　可　・　不可　）

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○○語しか話せない、聴覚・視覚障害の有無、○○について配慮が必要　等）