

(様式第8号の1)

調 査 表 (生育歴)

本人 氏名	男・女 昭和・平成 年 月 日生 (歳)	令和 年 月 日
		から聴取 (本人との関係)
		記入者名

本人の今までの発育についてお聞きます。

() 内で思い当たるものに○をつけてください。 _____ は具体的に記入してください。

1 妊娠中の様子はどうか。 ☐ 体調は (健康・つわりが重い・妊娠中毒症 (蛋白尿・むくみ・高血圧)) ☐ 薬の服用は (妊娠3ヶ月まで・妊娠 _____ ヶ月) 注射は (妊娠3ヶ月まで・妊娠 _____ ヶ月) ☐ 疾病は (なし 糖尿病・結核・切迫流産・風疹・その他 (_____))	
2 出産の様子はどうか。 ☐ 出産の場所は (病院・産院・自宅・その他 _____) ☐ 何ヶ月で出産しましたか。 _____ ヶ月 (_____ 週) 、 予定日より _____ 日 (早い・遅い) ☐ すぐ泣きましたか。(すぐ泣いた・しばらくして泣いた) ☐ 黄疸は (重い・普通・軽い) ☐ 保育器の使用は (使用・使用しない) (_____ 日間程度) ☐ 出産時の体重は _____ g ☐ 出産時の特別な手当は (なし・24時間以上・微弱陣痛・陣痛促進剤の使用・逆子・へその緒が巻いている・早期破水・鉗子分娩・吸引分娩・帝王切開・その他 (_____))	
3 乳幼児時期の様子はどうか。 ☐ 育て易さは (育てやすかった ・育てにくかった) _____ ☐ 首がすわったのは _____ 歳 _____ ヶ月 ☐ 一人歩きをしたのは _____ 歳 _____ ヶ月 ☐ 初めてことばがでたのは _____ 歳 _____ ヶ月 ☐ 気になる行動は (抱くのを嫌がる・視線が合わない・人見知りがない・指さしがない・偏食がある こだわりが強い・よく迷子になる・落ち着きがない・音に過敏である ☐ 発育の遅れや偏りに気づいたのは _____ 歳 _____ ヶ月 (本人の行動から・ _____ に相談を勧められた) ☐ 発育の遅れや偏りに気づいた理由は (歩くのが遅い・ことばが遅い・友達と遊べない・その他) ☐ 発育の遅れや偏りに気づいたとき相談した機関は (_____ 病院 _____ 相談所 _____ 療育機関) ☐ 相談機関から知らされたことは _____	
4 今までの健康状態はどうか。 ☐ 今までかかった病気はありますか。(あり・なし) (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) ☐ 次の病気について医師の診断を受けたことがありますか。(あり・なし) (_____ 歳) (自閉症・アスペルガー症候群・注意欠陥障害・多動・学習障害・その他精神疾患) ☐ 上記の病気で入院・通院歴はありますか。(あり・なし) 時期: _____ 年～ _____ 病院・医院 科 (通院・入院) 病名 _____ 治療の様子 _____	
5 今までに通った学校などについて記入してください。 ☐ _____ 保育所 (_____ 年) (友達と遊ぶ・遊べない、欠席 (多・少)) ☐ _____ 幼稚園 (_____ 年) (友達と遊ぶ・遊べない、欠席 (多・少)) ☐ _____ 小学校 (通常学級・特別支援学級・特別支援学校) (友達と遊ぶ・遊べない、欠席 (多・少)) ☐ _____ 中学校 (通常学級・特別支援学級・特別支援学校) (友達と遊ぶ・遊べない、欠席 (多・少)) ☐ _____ 高 校 (全日制・通信制など・特別支援学校高等部) (友人と行動・一人で行動、欠席 (多・少)) ☐ _____ 大 学 (全日制・通信制など) (友人と行動・一人で行動、欠席 (多・少)) ☐ _____ 専門学校 (友人と行動・一人で行動、欠席 (多・少))	

(様式第8号の2)

本人氏名 ()

6 現在の家族構成を記入してください。

本人との関係	氏 名	生年月日	職 業	本人との関係	氏 名	生年月日	職 業

(注) 本人を中心に記入してください。別居中の両親・兄弟も記入し、同居中の人には○印をつけてください。

7 現在の生活について記入してください。

☐ 「住まいの場」は(家庭・入所施設・グループホーム等・病院)

・施設(施設名 入所・ホーム) 年 月頃～

・病院(病院名 入院) 年 月頃～ (病名) 服薬名

☐ 「日中活動の場」は(家庭・就労・学校・小規模作業所・デイサービス・療養介護・生活介護
自立訓練・就労移行・就労継続(A型・B型)・地域活動支援センター)

・名称 () 年 月頃～

・名称 () 年 月頃～

☐ 現在通院で治療を受けていますか。(あり・なし) *精神科通院中の場合、自立支援医療を受給していますか ☐有 ☐無
病院名 通院 年 月頃～ 病名 服薬名

☐ 会話はどの程度できますか。

(日常会話ができる・単語で話す・身振りで示す・筆談をする・手話をする・全くできない)

☐ 人との関係はどうか。(家庭・近隣・職場・学校・友人など)

☐ 行動面で困っていることはありますか。(あり・なし)

☐ 興味や趣味は何ですか。

☐ 福祉制度の利用をしていますか。(あり・なし)

(成年後見制度・ホームヘルプ・行動援護・移動支援・その他)

☐ 手当・年金を受けていますか。

特別児童扶養手当・障害基礎年金(1級・2級・無) 特別障害者手当・障害児福祉手当(有・無)

☐ どのような種類の手帳を持っていますか。

療育手帳 (有・無) (交付番号) (A・B1・B2)(次期判定 年 月)

身体障害者手帳 (有・無) (交付日 年 月 日) (種 級)(障害名)

精神保健福祉手帳(有・無) (交付日 年 月 日) (1級・2級・3級)

☐ 本人が相談したいことはありますか。

☐ 保護者が相談したいことはありますか。

8 今までにした仕事について記入してください。(7で記入したものを除く)

☐ 就労経験(あり・なし)会社名 作業内容 期間 歳～ 歳 延べ 年間

出勤状況(良好・休みが多い・無断欠勤がある・遅刻が多い)

退職理由等 転職回数 回

・職場での人との関係はどうか。

9 今まで利用した施設を記入してください。(7で記入したものを除く)

☐ 施設利用(あり・なし)施設名 作業内容 期間 歳～ 歳 延べ 年間

出勤状況(良好・休みが多い・無断欠勤がある・遅刻が多い)

・施設での人との関係はどうか。