

調 査 票（療育手帳用）

こども家庭センター

本人 氏名	(男・女)
平成・令和	年 月 日生 (歳)

令和	年	月	日
記入者名	()		
※聴取の場合	()	から聴取	
日中の連絡先Tel	—	—	

本人についてお聞きします。()内は該当するものに○をつけてください。 _____は具体的に記入してください。

1 本人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・病院）施設・病院の名称： _____ 年 月頃～

☐ 現在の家族構成を記入してください。こども家庭センターで相談歴のある方には続柄に○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

(注) 本人を中心に記入してください。

☐ これまでに通った学校等について記入してください。

_____ (保健センター等) _____ 歳 _____ ヶ月～ _____ 歳 _____ ヶ月まで 欠席 (多・少)
 _____ (通園施設等) _____ 歳 _____ ヶ月～ _____ 歳 _____ ヶ月まで 欠席 (多・少)
 _____ 保育所 _____ 歳 _____ ヶ月～ _____ 歳まで 加配 (有・無) 欠席 (多・少)
 _____ 幼稚園 _____ 歳～ _____ 歳まで 加配 (有・無) 欠席 (多・少)
 _____ 小学校 _____ 年生 (通常学級・特別支援学級・特別支援学校) 欠席 (多・少)
 _____ 中学校 _____ 年生 (通常学級・特別支援学級・特別支援学校) 欠席 (多・少)
 _____ 高 校 _____ 年生 (全日制・特別支援学校・通信制・定時制) 欠席 (多・少)

☐ 福祉制度の利用をしていますか。

特別児童扶養手当 (1級・2級・無) 移動支援 (有・無)

放課後等児童デイサービス (有・無) 事業所名 _____

療育手帳 (有・無) (A・B1・B2)

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) 障害名 _____

☐ 会話は (日常会話ができる・2～3語文・単語・喃語・身振りで示す・筆談をする・手話をする・全くできない)

☐ 歩行は (安定・不安定・歩行できない)

☐ 行動面で困っていることはありますか。(はい・いいえ)

はいの場合 (落ち着きがない・多動・自傷・他害・パニック・徘徊・その他 _____)

内容： _____

2 医療機関等の受診についてお聞きします。

☐ 次の障害について医師の診断を受けたことがありますか。(はい _____ 歳時 _____ 病院・いいえ)

はいの場合 (知的障害・自閉症・アスペルガー症候群・注意欠陥多動性障害[ADHD]・学習障害[LD]

・精神疾患 _____ ・その他 _____)

☐ 次の傷病や基礎疾患について診断を受けたことはありますか。(はい・いいえ)

はいの場合 (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・その他基礎疾患 _____ 歳)

☐ 現在通院で診察を受けていますか。(はい・いいえ)

病院名 _____ 年 月頃～ 理由 _____ 服薬 (有 _____ ・無)

☐ 1年以内に発達検査・知能検査を受けた、もしくは受ける予定がありますか。(はい・いいえ)

はいの場合 いつ _____ 年 _____ 月頃 どこで _____

検査名 (K式・WISC・ビネー式・その他 _____ ・不明)

検査結果 _____ 例：IQ/DQ、発達年齢〇歳程度、〇ヶ月の遅れ等

3 保護者が相談したいことや本人に配慮が必要なことはありますか。(はい・いいえ)

内容： _____

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、郵便にてお知らせします。
ご協力ありがとうございました。

備考（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_____）