

記入例

相談票（成人期）

*わかる範囲でご記入ください

記入日 年 月 日

相談申込者について	ふりがな		ご本人との 続柄	父・母・ 兄弟・本人 等を記入
	名前			
	住所	〒 -	相談票を記入される方について	
	連絡先	TEL	()	
FAX		()		
携帯		()		

以下は、相談対象のご本人についてご記入ください

ふりがな		性別	生年月日	年齢
ご本人名		男	○年 ○月 ○日	25 歳
住所 上記と異なる場合	〒 -	ご本人の住所、連絡先が 上記と異なる場合のみ		
連絡先 上記と異なる場合	TEL ()	携帯電話	()	
所属	(学校、通所施設名、勤務先 等) ○○会社・○○事業所 ○○専門学校など			

同居家族	名前	続柄	生年月日	職業・学校等
	かな (いちろう) 一郎	父	年 月 日	会社員
	かな (なつこ) 夏子	母	年 月 日	主婦
	かな (たろう) 太郎	弟	年 月 日	○○高校3年
	かな ()		年 月 日	
	かな ()		年 月 日	

相談申込者の方についても
ご記入ください
会社員、パート、自営業等
ご記入ください
一人暮らしの方は、身近な
ご家族も書いてください

相談内容 具体的に ご記入ください	<p>例)</p> <p>小さい頃から人とのコミュニケーションが苦手で、学校やバイト先でもうまく関係を作れずに、自信をなくして仕事を辞めてしまいました。発達障害なのかどうか、そうだった場合は、就職に向けてどのように取り組んでいけばよいか相談したいです。</p>
-------------------------	--

生育歴	(学校名等)	(気になること)	
	小学校	〇〇小学校	友だち関係でトラブルになりやすかった
	中学校	〇〇中学校	勉強についていけなかった
	高等学校	〇〇高校 (卒業・中退)	友達ができにくく、一人であることが多かった
	大学・専門学校	〇〇専門学校 (卒業・中退)	周囲になじめず中退をした
	その後	卒業・中退	
	就労・アルバイト・実習経験等のある方はご記入ください		
(時期)	(就労先等)	(仕事内容)	
〇〇年 3月 ~ 〇〇年 6月	〇〇コンビニ	レジ、接客、品出し	
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
相談歴	今までに利用された医療機関、相談機関・通所機関等をご記入ください		
	(時期)	(医療機関)	(医師名・担当者名)
	〇年 〇月 ~ 〇年 〇月	〇〇クリニック	
	△年 △月 ~ △年 △月	△△病院	〇〇先生
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
		(相談機関・通所機関等)	
	〇年 〇月 ~ 年 月	基幹相談支援センター	
	△年 △月 ~ 年 月	△△相談支援事業所	
	□年 □月 ~ △年 △月	〇〇就労継続支援事業所 B 型	
年 月 ~ 年 月			
今までに心理検査等を受けたことがありますか？ わかる範囲でご記入ください			
なし・ <input checked="" type="radio"/> あり 検査の種類と数値 (WISC-IV IQ85 ことばの理解力が弱い、耳で聞いて理解することが苦手)			
検査機関 (〇〇クリニック) 検査時期 (10 歳頃)			
診断・疾患	今までに診断等を受けたことがありますか？ 発達障害以外の基礎疾患などがある場合もご記入ください		
	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり : 診断名 (自閉症スペクトラム)		
診断機関 (〇〇クリニック) 診断時期 (20 歳頃)			
手帳	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり : 取得時期 (〇〇年 8月)		
	療育手帳 (A ・ B1 <input checked="" type="radio"/> B2) 身体障害者手帳 () 級 精神障害者保健福祉手帳 () 級		
年金	現在、障害年金を受給されていますか？		
いいえ・ <input checked="" type="radio"/> はい : 障害基礎年金 (1級 ・ <input checked="" type="radio"/> 2級) 障害厚生年金 (1級 ・ 2級 ・ 3級)			
服薬	継続して飲んでいる薬はありますか？		
なし・ <input checked="" type="radio"/> あり : 薬の名前 (〇〇〇〇〇〇)			
親の会	ご家族がご記入の場合、親の会に所属していますか？		
<input checked="" type="radio"/> いいえ ・ はい : 名称 ()			
紹介元	当センターのことをどこで知りましたか？		
知人等 ・ 関係機関 () ・ 親の会 ・ <input checked="" type="radio"/> ホームページ ・ その他 ()			

* 下記は当センター記入欄

初回相談日時	年 月 日 午前 ・ 午後 時 分 ~	担当者名	
--------	---------------------	------	--