

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	()	ご本人やご家族に、当センターへ相談に来られることを 伝えていただけますか？ はい ・ いいえ (伝えている人： 本人と父親)	
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	ご本人の住所、連絡先が 上記と異なる場合のみ		男	○年 ○月 ○日	25 歳
住所 上記と異なる場合	〒 -				
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	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
	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	
--------	---------------------	------	--