

相談受付シート

記入日 令和 年 月 日
 記入者 続柄

ふりがな 氏名		男・女		年 月 日生		年齢 歳	
住所 〒 —				電話 () — FAX () — E-mail @			
家族 構 成	氏名	続柄	年齢	生年月日	職業・学年	同居・別居	特記事項
						同居・別居	
						同居・別居	
						同居・別居	
						同居・別居	
所 属	大学・短期大学・専門学校・就労・在宅・その他 ()						
	所属名			仕事内容・学部			
手帳 なし・あり							
療育手帳 (B2・B1・A3・A2・A1)		取得	年	月	日		
精神障害者保健福祉手帳 (1級・2級・3級)		取得	年	月	日		
身体障害者手帳 (級 障害名)		取得	年	月	日		
現在、利用されている福祉制度に○をつけてください。							
福祉サ ー ビ ス	居宅介護(ホームヘルプ)・行動援護・短期入所 移動支援(ガイドヘルプ)・日中一時支援 計画相談支援(あり・なし 事業所名:) その他()						
医 療	自立支援医療制度・重度障がい者医療費助成制度・その他()						
手 当	障害基礎年金・福岡市重度心身障がい者福祉手当・特別障がい者手当 その他()						
学 歴	園名・学校名	通園・通学期間		学校名	通学期間		
		年 月～ 年 月			年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月			年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月			年 月～ 年 月		
		年 月～ 年 月			年 月～ 年 月		

氏名

職歴	職種	期間	仕事内容		
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
		年 月～ 年 月			
相談・療育歴	機関名	相談期間	相談状況		
		年 月～ 年 月	・相談のみ（ 回相談） ・定期来所（ に1回）		
		年 月～ 年 月	・相談のみ（ 回相談） ・定期来所（ に1回）		
		年 月～ 年 月	・相談のみ（ 回相談） ・定期来所（ に1回）		
		年 月～ 年 月	・相談のみ（ 回相談） ・定期来所（ に1回）		
		年 月～ 年 月	・相談のみ（ 回相談） ・定期来所（ に1回）		
通院歴	病院名	通院期間	通院状況		
		年 月～ 年 月	・定期通院（ に1回） ・通院終了（ 回通院）		
		年 月～ 年 月	・定期通院（ に1回） ・通院終了（ 回通院）		
		年 月～ 年 月	・定期通院（ に1回） ・通院終了（ 回通院）		
		年 月～ 年 月	・定期通院（ に1回） ・通院終了（ 回通院）		
診断	発達障がいの診断 済 ・ 未	診断名	診断時期	診断機関	診断医
			年 月		
			年 月		
			年 月		
服薬	なし・あり	薬名（ ）	症状（不明・多動・ADHD）		
		薬名（ ）	症状（不明・多動・ADHD）		
		薬名（ ）	症状（不明・多動・ADHD）		

※ここで知り得た個人情報は、当センターでの支援以外の目的で使用することはありません。

ご協力ありがとうございました。

当センターでの相談について、おたずねします。

1. これまでのことを教えてください。

①いつ頃からご心配でしたか。 () 歳頃

②最初に心配ごとに気づいたのは、どなたですか。

③その時どんなことがご心配でしたか。

2. 現在困っていること、当センターで相談したいことはどんなことですか。

3. 当センターはどこでお知りになりましたか。○をつけてください。

あいあいセンター・西部療育センター・東部療育センター・保健福祉センター
こども総合相談センター・発達教育センター・幼稚園・保育所・学校
医療機関 () ・相談機関 ()
行政 () ・親の会 ()
市政だより・インターネット・知人より・その他マスメディア ()
その他 ()