

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	
						同居・別居	
						同居・別居	
所属	園名 保育園（認可・認可外）・幼稚園・通園施設・その他（ ）						
	学年（ ）歳児・年少・年中・年長			クラス人数 名		担任名	
	クラス形態 同学年・縦割り・その他（ ）					園全体人数 約 名	
福祉サービス	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施策に○をつけてください。 特別児童扶養手当・障がい児福祉手当・福岡市重度心身障がい者福祉手当 重度心身障がい者医療費助成・緊急一時介護・ホームヘルプ・短期入所・ガイドヘルプ 日中一時支援・その他（ ）							

氏名

保育歴	園名・通園施設名		通園期間・頻度						
	幼稚園・保育園・通園施設		年	月	～	年	月	毎日・週	回
	幼稚園・保育園・通園施設		年	月	～	年	月	毎日・週	回
	幼稚園・保育園・通園施設		年	月	～	年	月	毎日・週	回
相談 ・ 通院 ・ 療育 歴	機関・病院名	相談期間	相談状況						
	保健福祉センター (区)	年 月～ 年 月	・相談のみ(回相談) ・定期来所(に1回) ・健診(4ヶ月・1歳半・3歳児)						
	福岡市立こども病院	年 月～ 年 月	・相談のみ(回相談) ・定期来所(に1回)						
	あいあいセンター 西部療育センター 東部療育センター	年 月～ 年 月	・相談のみ(回相談) ・定期来所 年 月～ 年 月 部門() 年 月～ 年 月 部門() 年 月～ 年 月 部門()						
	こども総合相談センター えがお館	年 月～ 年 月	・相談のみ(回相談) ・定期来所(に1回) ・ 療育手帳判定						
		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)						
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(不眠・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 ()