

相談シート < 初回面談 : 月 日 : >

記入日 :

※面談のご予約、記入に関するお問い合わせは 045-334-8611 まで

記入者 :

(続柄 :)

ふりがな	男 ・ 女	生年月日	
お名前		西暦 年 月 日 (歳)	
ご住所	〒 _____ (最寄り駅 : _____)		
連絡先	(電話)	—	—
	(FAX)	—	—
	(e-mail)	_____ (緊急連絡先) ※本人以外の連絡先 本人との続柄 (_____)	
現所属先	_____ (学校名、会社名、所属施設名等)		
診断名	自閉症/自閉スペクトラム症 ・ 高機能自閉症 ・ アスペルガー症候群 ・ 広汎性発達障害 LD ・ ADHD ・ その他 (_____) ・ 未診断 / (_____) 疑い		
手帳	<input type="checkbox"/> 手帳なし	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ⇒ (A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2)	障害 年金
	<input type="checkbox"/> 精神手帳 ⇒ (1級 ・ 2級 ・ 3級)	<input type="checkbox"/> 身体手帳 ⇒ (_____ 級)	
※取得年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日			あり ・ なし
福祉サービス	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 利用中 ⇒ (サービス名 : _____)		
紹介元	どちらで当センターのことを知りましたか? ホーム・ページ ・ 関係機関 (_____) ・ 病院 ・ 知人等 ・ その他 (_____)		
※支援センターより郵便物をお送りする必要がある場合			
<input type="checkbox"/> センターの名称入りの封筒でも可		<input type="checkbox"/> 名称無しの封筒(無地)を希望	

★ご相談したい内容をご記入ください。

※個人情報の取り扱いについて

- ご記入いただいた情報は、法人内規定にもとづいて管理し、当センターの相談業務以外の目的には使用いたしません。
- ご相談を進めるにあたり、関係機関との調整などが必要なときは、事前にご了解を得たうえで、関係機関とやりとりさせていただく場合があります。

①てんかん、頭部外傷、アレルギー、高熱での入院など、今までにかかった大きな病気やけがはありますか？

いいえ

はい⇒(具体的に教えてください：)

②これまでの相談歴・医療歴について教えてください。

発達障害、精神疾患などについて、療育センター、精神科、心療内科等の医療機関で診察を受けたことがある場合、区役所など他機関で相談経験がある場合は、以下にご記入ください(現在も含む)。

期間・年齢	医療機関名・ 相談機関名	担当医・ 担当者名	内容
ねん がつ～ ねん がつ (さい 歳)			診断名() 診察 ・ 服薬() 検査 ・ カウンセリング ・ 相談 訓練 ・ その他()
ねん がつ～ ねん がつ (さい 歳)			診断名() 診察 ・ 服薬() 検査 ・ カウンセリング ・ 相談 訓練 ・ その他()
ねん がつ～ ねん がつ (さい 歳)			診断名() 診察 ・ 服薬() 検査 ・ カウンセリング ・ 相談 訓練 ・ その他()

③家族構成について教えてください。

氏名	続柄	年齢	ご職業	同居・別居
				同 ・ 別
				同 ・ 別
				同 ・ 別
				同 ・ 別
				同 ・ 別

④成育歴を教えてください。

□ 出生地 (県 市)	備考
□ () 幼稚園・保育園	
□ () 小学校	
□ () 中学校	
□ () 高等学校	
□ () 大学 ・ 専門学校	
□ () 大学院	