相談支援　受付シート

【記入日：　　　　　　年　　　　月　　　　日】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | | 男 ・ 女 | | | よび名 |  |
| 名　前 |  | 住　所 | | 〒 | | | | |
| TEL① | （続柄：　　　　） | | | TEL② | | （続柄：　　　　） | | |
| 生年月日 | 年 　 　 月　 　日 | | | 年 齢 | | 歳 | | |
| 所　属 | 園  学校 | | 所属先での  支援状況  ※該当者のみ | | □ 通級指導教室　〔　言語　・　情緒　〕  □ 特別支援学級  〔　情緒　・　知的　・　その他（　　　　　 ）〕 | | | |

1. 家族構成について

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 | 続柄 | 生年月日 | （勤務先・学校・園） | 連絡先 | 特記  （単身赴任、要介護、支援級在籍など） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

2．医療・手帳について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診断の有無 | | 有　　・　　無 | | 診断名 | |  | | | | | | | | |
| 診断時期 | | 年　　　　　　月 | | | | 診断機関  （病院名） | | | |  | | | | |
| 継続  フォロー | | 有　　・　　無 | 受診の頻度 | | | |  | | | | | | | |
| 投薬状況 | | 有　・　無 | 薬の名前 | |  | | | | | | 用量等 | |  | |
| 上記以外での  医療等の状況について | | |  | | | | | | | | | | | |
| 手帳の  取得状況 | □　療　育 | | 判  定 |  | | | | 交  付  年  月 | 年　　　月 | | | 次  回  判  定 | | 年　　　月 |
| □　精　神 | | 級 | | | | 年　　　月 | | | 年　　　月 |
| □　身　体 | | 級 | | | | 年　　　月 | | | 年　　　月 |

3.福祉サービスの利用・各種手当の受給状況について

*※お持ちの方のみ記入*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 | ＜通所受給者証＞★ピンク | 支給内容 （種類） |  | /月 |  | /月 |
| ＜障害福祉サービス＞★緑 |  | /月 |  | /月 |
| ＜地域生活支援事業＞★黄色 |  | /月 |  | /月 |

*※親子教室、通所支援、ことばの相談室、医療機関でのリハビリ等*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （福祉・医療）  現在利用している支援 |  |  | 支 援 内 容 |  | 利 用 開 始 年 月 |  | 利　用　日 | 回/週  曜日 |
|  |  |  |  | 回/週  曜日 |
|  |  |  |  | 回/週  曜日 |
|  |  |  |  | 回/週  曜日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 手当の取得状況 | 特別児童扶養手当 | 有　　・　　無 | 級 |
| 障害児福祉手当 | 有　　・　　無 | 級 |

4.成育歴・生活歴

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生　育　歴 | 生まれた時の体重　　　　　　　　　g　（在胎週数　　　　　週）  生まれる前の問題　　　なし　・　あり　（　　　　　　　　　　　　　　）  出産時の問題　　　　　　なし　・　あり　（　　　　　　　　　　　　　　）  首のすわり　　　　　ヶ月　/　寝　返　り　　　　ヶ月　　/　　座位　　　　ヶ月　　/　　這い這い　　　　ヶ月  つかまり立ち　　　　ヶ月　　/　　初歩　　　　ヶ月　　/　　ことばの出はじめ　　　　歳　　　ヶ月  今までにかかった大きな病気　　　　発症時期　：　　　　　　　年　　　　月  　病名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　医療機関名：　（　　　　　　　　　　　　　病院　）  てんかん発作　　有　　・　　　無　　　　　　　　　　発症時期　：　　　　　　　年　　　　月  1歳半健診　/　　指導　：　あり　　・　　なし　　　　　内容【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  3歳児健診　/　　指導　：　あり　　・　　なし　　　　　内容【  その他　　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | |
| 生　活　歴 | 年　　　　月　　～　　　　　年　　　　　月 | | | 園　・　学校 | |
| 年　　　　月　　～　　　　　年　　　　　月 | | | 園　・　学校 | |
| 年　　　　月　　～　　　　　年　　　　　月 | | | 園　・　学校 | |
| 年　　　　月　　～　　　　　年　　　　　月 | | | 園　・　学校 | |
| 年　　　　月　　～　　　　　年　　　　　月 | | | 園　・　学校 | |
| 相　談　歴 | 相談時期 | 相談機関 | 相談内容 | | 助言内容 |
| 年　　　　月 |  |  | |  |
| 年　　　　月 |  |  | |  |
| 年　　　　月 |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 過去に  利用していた支援  児童発達支援  外来教室  親子教室  など |  | 利 用 期 間 | 年 　　月　～　　　　年　　　月  （　　　歳　　ヶ月～　　　歳　　ヶ月） | 利　用　頻　度 | 回  /　週　・　月 |
|  | 年 　　月　～　　　　年　　　月  （　　　歳　　ヶ月～　　　歳　　ヶ月） | 回  /　週　・　月 |
|  | 年 　　月　～　　　　年　　　月  （　　　歳　　ヶ月～　　　歳　　ヶ月） | 回  /　週　・　月 |
|  | 年 　　月　～　　　　年　　　月  （　　　歳　　ヶ月～　　　歳　　ヶ月） | 回  /　週　・　月 |

５．現在の本児の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 当てはまるところに○をして下さい | 気になることや配慮が必要なこと |
| 食　　事 | 1．一人で食べられない　　　　2．スプーンも使うが手づかみも多い  3．スプーン　・　箸で食べる　　　　　　4．経管栄養による摂取 |  |
| 排　　泄 | 1．　全然教えない、時間を決めて連れて行く  2．　教えるので、連れていく　　　　　　　3．　一人でできる |  |
| 言　　葉 | 1．　言葉らしい言葉はない　　2．　いくらか話せるが、分かりにくい  3．　話せるが一方的に話し、会話になりにくい  4．　だいたい普通に話せる |  |
| 意　思表示 | 1．　言葉で言える　　　　2．　訴えられずに我慢することが多い  3．　大人の手を引っ張って要求する  4．　声を出し意思を伝えようとする  5．　泣いたり逃げたりして意思を表す |  |
| 対　　人 | 1．　全く無関心、ひとり遊び  2．　人見知りが強い、大人がいないと遊べない  3．　他の子に興味はあるが、遊びが続かない  4．　他の子と一緒に遊ぶ |  |
| そ　の　他 | ※上記以外に生活の中で気になることや支援の必要なことがあればお書きください | |

6．本人または保護者の希望

|  |  |
| --- | --- |
| 受けたい支援  （どうして利用しようと思ったか？） |  |
| 保護者の願いや思い  ・お子さんにどんなことを望みますか？  （つけてほしい力など） |  |
| 本人の好きなこと  （趣味・特技・嗜好） |  |
| 本人の苦手なこと、困っていること  （思われること） |  |
| どんな大人になって欲しいですか |  |