受付ID:

**相談受付票**

記入日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入者 |  | 続柄 | 本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他（　　　） |

|  |
| --- |
| 1. ご記入いただいた情報は、当支援室の業務以外の目的には使用いたしません。
2. ただし、必要な場合に関係機関への情報提供を行います。

当支援室が個人情報の収集および提供を行うことに同意しますか。　　　　　**同意する　・　同意しない** |

【個人情報の取り扱いについて】

* 本人の情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |  　 　年 　月　 日（ ）歳 |
| 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 電話 | 　　　　　－　　　　－ |
| 住所 | 〒港区 | 本人以外の場合（続柄：　　 　）　　　　　－ 　　－ |
| 勤務先／学校 |  |
| 紹介機関・紹介者 |  |

◆ 相談を希望されるのは、どのような心配や問題のためでしょうか？

|  |
| --- |
|  |

**◆** 心配や問題が始まった時期はいつですか？　（　　　　　年　　月頃 、あるいは　　　　歳頃）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 同居・別居 | 勤務先／学校 | 最終学歴（学校名） |
| 本人： |  | 　　　年 　月 　 日 | 同　別 |  |  |
|  |  | 　　　年　　月 　日 | 同　別 |  |  |
|  |  | 　　　年 　月 　日 | 同　別 |  |  |
|  |  | 　　　年　　月 　日 | 同　別 |  |  |

◆ 家族構成

* **ご家族の通院歴・入院歴**

家族・親戚で精神科や神経科へ通院歴・入院歴のある方、てんかんや知的障害のある方はいますか？　　　　**いない ・ いる**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １）続柄 |  | 病名 |  | 通院していた・通院中・入院していた・入院中 |
| ２）続柄 |  | 病名 |  | 通院していた・通院中・入院していた・入院中 |
| ３）続柄 |  | 病名 |  | 通院していた・通院中・入院していた・入院中港区発達障害者支援室 |

* こどもの頃や今までの経過について、分かる範囲でおしえてください

１）出生時のことについてご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| お母さまの妊娠中に何か　問題はありましたか？ | はい　・　いいえ（あれば具体的に：　　　　　　 　　　　　　　　 　　　） |
| 分娩の状況 | ☐ 自然分娩 　　☐ 帝王切開 　 ☐ 新生児仮死 　 ☐ 低体重 |
| 出生時の在胎週数 | 　　　　　　　　週 | 出生体重 | 　　　　　　グラム |
| 出生時の異常 | ☐ なし　　☐ 新生児仮死 ☐ けいれん 　☐ 酸素使用 　 ☐ 保育器使用 |

２）発達についてご記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 首のすわり | 　　　　　ヶ月 | 寝返り | 　　　　　ヶ月 |
| お座り | 　　　　　ヶ月 | はいはい | 　　　　　ヶ月 |
| つかまり立ち | 　　ヶ月 | 一人歩き |  ヶ月　　 |
| バイバイ | 　　ヶ月 | 指さし | 　　　　 ヶ月 |
| 単語の使用 |  ヶ月 | はじめて話した単語 |  |
| 2語文の使用 |  ヶ月 | はじめて話した2語文 |  |

３）健診のときに相談したことや指摘されたことはありますか？

|  |  |
| --- | --- |
| １歳半健診 |  |
| ３歳健診 |  |
| その他健診 |  |

４）小学校入学までの様子について、当てはまるものにチェックを記入してください（複数回答可）

☐ 視線が合いにくい　　　☐ かんしゃくが強い ☐ 人見知りが強い、もしくはない

☐ 落ち着きがない　　　　☐ 物や順番へのこだわりがある ☐ 幼稚園・保育園に行きたがらない

☐ 運動が苦手・不器用　　☐ 偏食

☐ その他・印象に残っていることなど

港区発達障害者支援室

|  |
| --- |
|  |

５）教育についてご記入ください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 幼稚園／保育園 | 公立・私立 　　　　　　　　　幼稚園／保育園・卒園 |  |
| 小学校 | 公立・私立 　　　　　　　　 小学校（　年生）・卒業 | 成績 ☐ 上☐ 中 ☐ 下 |
| 中学校 | 公立・私立 　　　　　　　　　中学校（　年生）・卒業 | 成績 ☐ 上☐ 中 ☐ 下 |
| 高校 | 公立・私立 　　　　　　　　　　高校（　年生）・卒業 | 成績 ☐ 上☐ 中 ☐ 下 |
| 大学／専門学校等 | 公立・私立 　　　　　　　　大学／専門学校等・卒業 | 成績 ☐ 上☐ 中 ☐ 下 |
| 最終学歴 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ 普通学級（☐ 補助教員） | ☐ 適応指導教室☐ 特別支援教室小・中学校　　年から小・中学校　　年まで | ☐ 特別支援学級（知的 ・ 情緒）小・中学校　　年から小・中学校　　年まで | ☐ 特別支援学校小・中・高等部　　年から小・中・高等部　　年まで | ☐ その他 |

６）小学校・中学校・高校時代の出席状況について、当てはまるものにチェックを記入してください

☐ 毎日登校 ☐ 遅刻や早退が多い

☐ 保健室登校 ☐ 不登校

７）過去を振り返ったとき、当てはまるものがあればチェックを記入してください（複数回答可）

☐ いじめや仲間外れにあった ☐ 虐待やネグレクト、暴力にあった

☐ 金銭的なトラブル ☐ 学業不振 ☐ 親子（家族）関係が悪かった

☐ その他

|  |
| --- |
|  |

* 相談歴について、おしえてください

いままでに精神科・心療内科・相談（療育）機関等でご相談したことがありますか？

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院・機関名 | 時期 | 診断・処方・相談内容など |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | 港区発達障害者支援室 |

* 手帳を取得されていますか？　　　はい　・　いいえ

　　　　　　　　　　　　　　　　　はいの人のみ　☐ 愛の手帳（　　）度

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☐ 精神障害者保健福祉手帳（　　）級

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　☐ 身体障害者手帳（　　）級

* 現在の様子について、おしえてください

**＜ 日常生活・家庭 ＞**

☐ 片づけができない ☐ 気分にムラがある

☐ 物・お金の管理ができない ☐ 育児・家事で困っていることがある

☐ 感覚に過敏である

　　　☐ 音 　☐ 味 　 ☐ 匂い 　☐ 肌触り 　☐ まぶしさ 　☐その他（　　　　 ）

☐ 睡眠で気になることがある

　　　☐ 朝起きられない ☐ 寝すぎてしまう ☐ なかなか眠りにつけない

　　　☐ 日中でも眠い 　 　　　 ☐ 夜中に目が覚める ☐ 朝早く目が覚める

☐ その他（具体的なエピソードがあればお書きください）

|  |
| --- |
|  |

**＜ 学業・仕事 ＞**

☐ ケアレスミスが多い ☐ 電話対応ができない

☐ 課題や提出物を期限内に出せない ☐ 時間内に複数の仕事ができない

☐ 科目履修や時間割を自分で組めない ☐ 離職や転職を繰り返す

☐ ルーティンが変えられない ☐ 時間のマネジメントができない

☐ その他（具体的なエピソードがあればお書きください）

|  |
| --- |
|  |

**＜ 人間関係 ＞**

☐ 3人以上の会話についていけない ☐ 人との関係を維持するのが苦手

☐ 世間話ができない ☐ 空気を読めないと言われることがある

☐ 多人数よりも少人数の方が落ち着く ☐ 人に合わせすぎてしまう

☐ その他（具体的なエピソードがあればお書きください）

|  |
| --- |
|  |

港区発達障害者支援室

* 職歴について、おしえてください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 会社名 | 期間 | 職種・仕事内容など |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* 就職活動や転職活動でご利用されたサービスについて、教えてください

（ハローワーク、就労移行支援事業所など）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス・事業所名 | 期間 | 相談内容・サービス内容など |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ご協力ありがとうございました**

港区発達障害者支援室