

調 査 票（療育手帳・18歳未満）

フリガナ 本人氏名： _____	生年月日： H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）
記入日： R _____ 年 _____ 月 _____ 日	記入者： _____（続柄： _____）
保護者の日中の連絡先 Tel _____ — _____ — _____（ _____ 携帯・固定電話）	

（ 以下、できるだけお答えいただきますよう、ご協力をお願いします）

■ 新規の場合、療育手帳を申請するきっかけや目的を記入してください。*更新は省略可

■ 当てはまるものに○をつける、または記入してください。

1 本人について

☐ 「住まいの場」は、（ 家庭・入所施設[_____]・病院[_____]）

「現在の所属」は、（ _____ 保育園・幼稚園・小学校・中学校・高校・その他[_____]）

☐ 現在の家族構成を記入して下さい。すでに療育手帳を持っている方の続柄に○印をつけてください。

続柄	氏 名（フリガナ）	生年月日	会 社 ・ 学 校 等	続柄	氏 名（フリガナ）	生年月日	会 社 ・ 学 校 等

☐ 福祉制度の利用について○をつける、または記入してください。

特別児童扶養手当	（ 1級 ・ 2級 ・ 無受給 [所得制限・未申請] ）	医療助成	（ 無 ・ 有 ）
身体障害者手帳	（ 無 ・ 有 [交付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 種 _____ 級] ）		
精神保健福祉手帳	（ 無 ・ 有 [交付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 級] ）		
放課後等児童サービス	（ 無 ・ 有 [内容 _____ 事業所 _____] ）		
相談支援事業者等	（ 無 ・ 有 [事業者等 _____] ）		

☐ 本人の様子について○をつける、または記入してください。

会話は	（ 日常会話可能 ・ 2～3語 ・ 単語 ・ 喃語 ・ 身ぶり ・ 筆談 ・ 手話 ・ できない ）
歩行は	（ 安定 ・ 不安定 ・ 歩行できない ・ 車椅子使用 ・ バギー使用 ）
行動面の困り事	（ 無 ・ 有 [落ち着きがない ・ 多動 ・ 自傷 ・ 他害 ・ 徘徊 ・ その他 _____] ） 有の場合の具体的内容（ _____ ）

（ 裏面もあります ）

2 医療機関等の受診について

発達・精神面等で 医師の診断を受けたこと	(いいえ・はい [_____ 歳時 _____ 病院]) はいの場合 [知的障害・自閉スペクトラム障害(ASD)・注意欠如多動性障害(ADHD) 学習障害(LD)・精神疾患 _____ その他 _____]
傷病や基礎疾患等で 医師の診断を受けたこと	(いいえ・はい [髄膜炎 _____ 歳・脳炎 _____ 歳・頭部外傷 _____ 歳・頭部打撲 _____ 歳 てんかん _____ 歳・脳性麻痺・ダウン症・その他 _____])
現在の通院・服薬	通院 (いいえ・はい [_____ 病院 _____ 年 _____ 月 ~ ・理由 _____]) 服薬 (いいえ・はい [_____])

3 発達検査・知能検査について

1年以内に発達検査・ 知能検査を受けたこと	(いいえ・はい [いつ _____ 年 _____ 月頃 ・ どこで _____]) はいの場合 [検査は K式・WISC・ビネー式・その他 _____ ・不明] 検査結果 _____ (IQ/DQ、〇歳程度等)
1年以内に発達検査・ 知能検査を受ける予定	(いいえ・はい [いつ _____ 年 _____ 月頃 ・ 理由 _____])

4 保護者の方が相談したいことや、本人に配慮が必要なこと等があれば、記入してください。

※ 療育手帳判定のため、こども家庭センターに来所いただく日時については、後日、郵便等にてお知らせします。ご協力ありがとうございました。

* 市町記入欄

☐ 来所希望日 (いつでも可 ・ 希望有)

有の場合：曜日 (月・火・水・木・金) 時間帯 (午前・午後)

☐ 写真添付 (有 ・ 無)

☐ その他添付書類 (有 ・ 無) 有の場合：(診断書・検査結果・その他 _____)

☐ その他配慮事項等ある場合は以下記入

(例：保護者は〇〇語しか話せない、聴覚・視覚障害の有無、〇〇について配慮が必要 等)