

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	学校名 小学校・中学校・高等学校・特別支援学校（小学・中学・高等部）						
	学年 年生	通常学級・特別支援学級・通級指導教室（ 学校）					
	クラス人数 名	担任名					
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制度に○をつけてください。							
福祉サービス	居宅介護（ホームヘルプ）・ 行動援護 ・ 短期入所 移動支援（ガイドヘルプ）・ 日中一時支援 放課後等デイサービス（ 事業所名： ） 計画相談支援（ あり・なし 事業所名： ）						
医療	自立支援医療制度 ・ 重度障がい者医療費助成制度 ・ その他（ ）						
手当	福岡市重度心身障がい者福祉手当 ・ 特別児童扶養手当 ・ 障がい児福祉手当 その他（ ）						

氏名

教育歴	園名・学校名		通園・通学期間		学校名		通学期間		
	幼児期		年	月	～	年	月	年	月
			年	月	～	年	月	年	月
			年	月	～	年	月	年	月
小学校		年	月	～	年	月	年	月	
		年	月	～	年	月	年	月	
		年	月	～	年	月	年	月	
		年	月	～	年	月	年	月	

相談・通院・療育歴	機関・病院名		相談期間		相談状況			
	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
	発達教育センター		年	月	～	年	月	・相談のみ（ 回相談） ・定期来所（ に1回） ・就学相談会（ 年 月頃）
			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）
			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		本人への告知		診断機関		診断医	
				年	月	あり・なし					
				年	月	あり・なし					
				年	月	あり・なし					

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。

ゆうゆうセンター（児童・生徒用） No.2

氏名

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 ()