



相談票 (成人期)

*わかる範囲でご記入ください

記入日 年 月 日

相談申込者について	ふりがな			ご本人との 続柄	
	名前				
	住所	〒 -			
	連絡先	TEL ()	ご本人やご家族に、当センターへ相談に来られることを 伝えていただけますか？ はい ・ いいえ		
		FAX ()	(伝えている人：)		
		携帯 ()			

以下は、相談対象のご本人についてご記入ください

ふりがな			性別	生年月日	年齢
ご本人名				年 月 日	歳
住所 <small>上記と異なる場合</small>	〒 -				
連絡先 <small>上記と異なる場合</small>	TEL ()	携帯電話	()		
所属	(学校、通所施設名、勤務先 等)				
同居家族	名前	続柄	生年月日	職業・学校等	
	かな ()		年 月 日		
	かな ()		年 月 日		
	かな ()		年 月 日		
	かな ()		年 月 日		
	かな ()		年 月 日		
相談内容 <small>具体的に ご記入ください</small>					

生育歴		(学校名等)	(気になること)
	小学校		
	中学校		
	高等学校	卒業・中退	
	大学・専門学校	卒業・中退	
	その後	卒業・中退	
	就労・アルバイト・実習経験等のある方はご記入ください		
	(時期)	(就労先等)	(仕事内容)
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
年 月 ~ 年 月			
相談歴	今までに利用された医療機関、相談機関・通所機関等をご記入ください		
	(時期)	(医療機関)	(医師名・担当者名)
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
		(相談機関・通所機関等)	
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
今までに心理検査等を受けたことがありますか？ わかる範囲でご記入ください			
なし ・ あり：検査の種類と数値 ()			
検査機関 () 検査時期 (歳頃)			
診断・疾患	今までに診断等を受けたことがありますか？ 発達障害以外の基礎疾患などがある場合もご記入ください		
	なし ・ あり：診断名 ()		
診断機関 () 診断時期 (歳頃)			
手帳	なし ・ あり：取得時期 (年 月)		
	療育手帳 (A ・ B1 ・ B2) 身体障害者手帳 () 級 精神障害者保健福祉手帳 () 級		
年金	現在、障害年金を受給されていますか？		
いいえ ・ はい：障害基礎年金 (1級 ・ 2級) 障害厚生年金 (1級 ・ 2級 ・ 3級)			
服薬	継続して飲んでいる薬はありますか？		
なし ・ あり：薬の名前 ()			
親の会	ご家族がご記入の場合、親の会に所属していますか？		
いいえ ・ はい：名称 ()			
紹介元	当センターのことをどこで知りましたか？		
知人等 ・ 関係機関 () ・ 親の会 ・ ホームページ ・ その他 ()			

* 下記は当センター記入欄

初回相談日時	年 月 日 午前 ・ 午後 時 分 ~	担当者名	
--------	---------------------	------	--