

(表)

年 月 日

調 査 票

ふりがな
記入者氏名

児童は保護者名
者は本人名

面接の参考にさせていただきますので、以下の事項について分かる範囲でご記入ください。

1 家族状況

本人との続柄	氏名	生年月日	年齢	職業等	家系図
本人	袋井 一郎	R2. 3. 3	6	〇〇小 1年生	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; display: inline-block;"> 家系図は未記入 でいいです。 </div>
父	太郎	S55. 5. 5	46	会社員	
母	花子	S55. 6. 6	46	パート	
姉	小春	H28. 7. 7	10	〇〇小 5年生	
弟	次郎	R7. 8. 8	1	〇〇保育園	
申請者又は保護者と連絡の取りやすい曜日、時間帯				水曜日 13 時 00 分から 17 時 00 分ころ 連絡先(携帯等) 000 - 000- 000 (母携帯)	

2 生育歴 ※再判定申請のときは記入不要です。

< 妊娠中 > つわり：軽・普通・重 妊娠中毒：無・有 母体の疾患：無・有
 < 出産時 > < 新生児期 >

在胎期間	妊娠 10 か月 (第 39 週)		黄疸	<input checked="" type="checkbox"/> なし・普通・強
分娩の経過	正 常	難産 早産 逆子 鉗子 吸引 臍帯経絡 帝王切開 仮死 その他()	ひきつけ	なし・ <input checked="" type="checkbox"/> 有
	<input checked="" type="checkbox"/> 異常		保育器使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし・あり(日間)
出産時の体重	3000 g		その他	

< 乳児期 >

首のすわり：(5 か月) 3か月微笑(あやすと笑う)：有 3か月・あまり笑わない
 始語：24 か月 はじめてのことば：(ママ、ワンワン) 始歩：18 か月
 人見知り：過敏・普通・なし 後追い：過敏・普通・なし かんが強い：有・無
 睡眠の状況：寝つき 良い・悪い 夜泣き なし・普通・多い 不規則 有・無

< 幼児期の様子 > 遊び方・問題行動等

言葉の発達がゆっくりで、手が出てしまうこともあったが、言葉が出るようになり改善した。一人遊びが多かった。〇歳から児童発達支援センターを週2回利用していた。

< 小学校期の様子 > 学歴 学級 (普通・特別支援学級 (情緒・知的)) 成績 適応状況等

2年生までは、通常級だったが、3年生からは、特別支援学級に行き始めた。コミュニケーションをとることが苦手で、友達とケンカになってしまうことも多い。

< 中学校期の様子 > 学歴 学級 (普通・特別支援学級 (情緒・知的)) 成績 適応状況等

成績は5教科はおおむね下位の水準であった。友達とのトラブルなどが原因で、不登校になった時期があった。

(裏)

3 中学卒業後の様子 (生活歴、学歴、職歴、施設への入所・通所等)

〇〇高校 通信制に入学。卒業後、〇〇工業に就労するが、人間関係でトラブルになり、〇年後に退職。その後、〇〇〇でバイトをするが、仕事がうまくできずに怒られたことで、バイトに行けなくなる。その後は、自宅にて家事手伝いをしている。

4 医療機関受診歴

医療機関名	受診期間	診断名 ・ 受診頻度 ・ 投薬 等
〇〇診療所	〇歳 ~ 〇歳	
〇〇病院	平成〇年〇月から現在	広汎性発達障害
	~	
	~	

5 家庭での生活状況 (交付申請の場合は、申請理由もご記入ください。)

具体的に記入 (生活環境・本人や家族が抱える問題事項 等)
家では家事手伝いをしているが、掃除の仕方も一つ一つ教えないと分からなかったり、以前教えたことができなかつたりする。そのため、その都度、声かけが必要である。

買い物では、欲しいものを欲しい分だけ買ってしまったり、高額な買い物をして、借金を作ってしまった。その後は、親が通帳を管理し、必要な時にお小遣いを渡している。
気に入らないことがあると、怒って物を投げたり大声で怒鳴るため、対応に困っている

6 受給している手当、年金など

区分	特別児童扶養手当	障害基礎年金	障害児福祉手当	特別障害者手当	介護手当
有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 2級・無	有 級・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
受給開始時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

7 現在までに児童相談所・知的障害者更生相談所以外 (医療機関(病院・診療所)又は教育機関(学校)等) で検査を受けましたか。

ある (検査を受けた機関 〇〇病院 検査年月 平成〇年 〇 月) ない
検査名【 鈴木ビネー ・ 田中ビネー () ・ WPPSI ・ WISC- (IV) ・ WAIS- ()
遠城寺式 ・ 新版 K 式 ・ わからない ・ その他 () 】
検査結果の持参 【 可 ・ 不可 】

8 身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。

ア はい (身体 級 ・ 精神 級) いいえ

日本国籍以外の場合
記入をお願いします

9 使用言語等の確認

国籍	言語	日本語での会話 (保護者)	日本語での会話 (本人)	通訳の同行	車椅子の配慮
日本	<input type="checkbox"/> ポルトガル語 () 語	可・不可	可・不可	可・不可	<input type="checkbox"/> 必要

本票は、静岡県療育手帳交付規則第4条の規定による療育手帳交付申請書、同規則第12条の規定による再判定申請書を提出するときに、記入の上添付してください。