

調 査 票

ふりがな

申請者氏名

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

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					
申請者又は保護者と連絡の取りやすい曜日、時間帯				曜日 時 分から 時 分 ころ		

2 生育歴 ※再判定申請のときは記入不要です。

< 妊娠中 > 母体の疾患（ 無 ・ 有 ） 妊娠悪阻(つわり) （ 無 ・ 有 ） 妊娠中毒（ 無 ・ 有 ）

< 出産時 >

< 新生児期 >

在胎期間	妊 娠 週 （ 第 月 ）		哺 乳 力	弱 ・ 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()	黄 疸	なし ・ 普通 ・ 強
	異 常		保育器使用	なし ・ あり(日間)
出産時の体重	g		そ の 他	

< 乳児期 >

- ・ 授乳の状況 : 母 乳 ・ 混 合 ・ 人 工
- ・ 離 乳 : 開始 か月 、 完了 か月
- ・ 首のすわり : か月
- ・ 始 歩 : か月
- ・ 3か月微笑(あやすと笑う) : なし ・ あり
- ・ 8か月不安(人見知り) : なし ・ あり
- ・ 始 語(はじめてのことば) : か月
- ・ ひきつけ : なし ・ あり

< 幼児期の様子 > （ 遊び方・問題行動等 ）
< 小学校期の様子 > （ 学歴（ 普通 ・ 特別支援学級の別 ・ 適応状況等 ）
< 中学校期の様子 > （ 学歴（ 普通 ・ 特別支援学級の別 ・ 適応状況等 ）

(裏)

3 生活歴、職歴、施設への入所・通所 等 (卒業後の様子)

--

4 医療機関受診歴

医 療 機 関 名	受診期間	診 断 名 ・ 投 薬 等

5 家庭での生活状況

具体的に記入 (生活環境 ・ 本人や家族が抱える問題事項 等)

6 受給している手当、年金があれば受給開始時期を教えてください。

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	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 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又は知的障害者更生相談所等で検査を受けましたか。

ア ある (検査を受けた機関 _____ 検査年月 ____年 ____月) イ ない

検査名 【 鈴木ビネー ・ 田中ビネーV ・ 田中ビネー全訂版 ・ WPPSI ・ WISC-IV ・ WAIS-III
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 身体障害者手帳をお持ちですか。 ア はい (_____ 級) イ いいえ

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。