

相談受付表(児童)

千の恵み相談支援事業所

受付日時	令和 年 月 日 () ~ 受付担当者
受付方法	<input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他 ()

【基本情報(お子様本人)】

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)		
住所	〒 -		
所属・学校/園	学校/園 年 組	通常級・支援級(情緒・知的)	
学童・通級等	【学童保育】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		【通級指導】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
習い事等			
手帳・診断等	<input type="checkbox"/> 療育手帳 判定 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 級 <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳 級		
	次回判定年月 年 月末 <input type="checkbox"/> 定めなし 有効期限 年 月末		
	<input type="checkbox"/> 診断有(診断名)		
	<input type="checkbox"/> 診断無(気になること)		
	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給 <input type="checkbox"/> 難病等 有効期限 年 月末 <input type="checkbox"/> 定めなし		
<input type="checkbox"/> 医師の意見書・診断書			
通所受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (支給量 日 / 月)	適用期間	年 月 日まで

【相談者・保護者情報】

フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母
保護者氏名			<input type="checkbox"/> 祖父母
			<input type="checkbox"/> その他
連絡先	携帯 - - / 自宅 - -		
日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 保護者携帯 <input type="checkbox"/> 職場 - - <input type="checkbox"/> その他 - -		

【家族構成・生活環境】

氏名	続柄	年齢	職業・学校/学年など	備考(健康状態・サポート状況等)
主な育児者	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 頼れる親族有(近隣・同居)			

裏面もご記入ください 

【現在の状況・医療的ケア】

医療的ケア	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (経管栄養・吸引・吸入・導尿・その他)
利用中サービス	(児童発達支援、放課後等デイサービス、児童相談所、発達支援センター、医療機関など)
サービス利用に至った経緯等	<input type="checkbox"/> 1歳半検診 <input type="checkbox"/> 3歳児検診 <input type="checkbox"/> ことばの教室 <input type="checkbox"/> その他

【相談内容(主訴)】

具体的な内容	
--------	--

ご家族からみた本人の課題	
どのように成長してほしいか等	