

本人 氏名	男・女 昭和・平成 年月日生 ( 年齢 )	令和 年月日 から聴取(本人との関係) 記入者名
----------	--------------------------	--------------------------------

本人の今までの発育についてお聞きします。

( ) 内で思い当たるものに○をつけてください。 \_\_\_\_\_ は具体的に記入してください。

1 妊娠・出産の様子はどうでしたか。

出産の場所は(病院・産院・自宅・その他 \_\_\_\_\_ )  
 何ヶ月で出産しましたか。 \_\_\_\_\_ ヶ月( \_\_\_\_\_ 週) 予定日より \_\_\_\_\_ 日(早い・遅い)  
 出産時の体重は \_\_\_\_\_ g  保育器の使用は(使用なし・使用あり・ \_\_\_\_\_ 日間程度)  
 すぐ泣きましたか。(すぐ泣いた・しばらくして泣いた・泣かなかった)  
 妊娠・出産時又は出産後に何かありましたか。  
 (特になし・多胎妊娠・妊娠中毒(高血圧)症・切迫早産・へその緒が巻いていた・鉗子分娩・吸引分娩)  
 その他特記事項( \_\_\_\_\_ )

2 乳幼児期の様子はどうでしたか。

育てやすさは(育てやすかった・育てにくかった)

具体的に

首がすわったのは \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月  一人歩きをしたのは \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月  初めて言葉が出たのは \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月  
 気になる行動は(抱くのを嫌がる・視線が合わない・人見知りがない・指さしがない・偏食がある  
 こだわりが強い・よく迷子になる・落ち着きがない・音に過敏である)  
 その他( \_\_\_\_\_ )  
 発育の遅れや偏りに気づいたのは \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月(本人の行動から)  
 発育の遅れや偏りに気づいた理由は(歩くのが遅い・言葉が遅い・友達と遊べない)  
 その他( \_\_\_\_\_ )  
 発育の遅れや偏りに気づいたとき相談した機関は(病院・相談所・療育機関・その他)  
 名称  
 どのくらいの期間ですか。(1回のみ・継続的に)( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 回/月程度)  
 相談機関から言われたことは

3 今までの健康状態はどうでしたか。

今までかかった病気はありますか。(あり・なし)  
 ( 髄膜炎 \_\_\_\_\_ 歳・脳炎 \_\_\_\_\_ 歳・頭部外傷 \_\_\_\_\_ 歳・頭部打撲 \_\_\_\_\_ 歳・てんかん \_\_\_\_\_ 歳・脳性麻痺・ダウン症 )  
 ( その他 \_\_\_\_\_ )  
 次について医師の診断を受けたことがありますか。(あり・なし)( \_\_\_\_\_ 歳)  
 ( 自閉症・自閉スペクトラム症・広汎性発達障害・アスペルガー症候群・注意欠陥障害・多動・学習障害 )  
 その他精神疾患等 < 診断名 > < 診断名 >

上記の病気で入院・通院歴はありますか。(あり・なし)

病院名・科名など	*入院歴	年 月～	日間 /	年 月～	日間
時期: 年～	(通院・入院)	病名	治療内容		
時期: 年～	(通院・入院)	病名	治療内容		

4 今までに通った学校などについて記入してください。

友人と遊べましたか? 欠席日数は?

保育園( _____ 年 )	(はい・いいえ)	(多・少)
幼稚園( _____ 年 )	(はい・いいえ)	(多・少)
小学校(通常学級・特別支援学級・特別支援学校)	(はい・いいえ)	(多・少)
中学校(通常学級・特別支援学級・特別支援学校)	(はい・いいえ)	(多・少)
高校 < 年卒業 > (全日制・通信制など・特別支援学校)	(友人と行動・一人で行動)	(多・少)
大学 < 年卒業・中退 > (全日制・通信制など)	(友人と行動・一人で行動)	(多・少)
専門学校 < 年卒業・中退 > (全日制・通信制など)	(友人と行動・一人で行動)	(多・少)
< 年卒業・中退 > (職業訓練校など)	(友人と行動・一人で行動)	(多・少)

\*特記事項:( \_\_\_\_\_ )

(様式第8号の2)

本人氏名 ( )

5 現在の家族構成を記入してください。

本人との 関係	同居	氏名	生年月日	職業	本人との 関係	同居	氏名	生年月日	職業

(注) 本人を中心に記入してください。別居中の両親・兄弟も記入し、同居中の人に同居欄に○印をつけてください。

6 現在の生活について記入してください。

「住まいの場」は(家庭・入所施設・グループホーム等・病院)

・施設(施設名) 入所・ホーム 年 月頃~

・病院(病院名) 入院 年 月頃~(病名) 服薬名

「日中活動の場」は(家庭・就労・学校・小規模作業所・デイサービス・療養介護・生活介護・自立訓練・就労移行・就労継続(A型・B型)・地域活動支援センター・)

・名称( ) 年 月頃~ 作業内容:

・名称( ) 年 月頃~ 作業内容:

現在通院で治療を受けていますか。(あり・なし) \*精神科通院中の場合、自立支援医療を受給していますか 有 無

病院名 通院 年 月頃~(回/月・年程度)

病名 服薬名

会話はどの程度できますか。

(日常会話ができる・単語で話す・身振りで示す・筆談をする・手話をする・全くできない)

人との関係はどうですか。(家庭・近隣・職場・学校・友人など)

行動面で困っていることはありますか。(あり・なし)

興味や趣味は何ですか。

福祉制度の利用をしていますか。(あり・なし)

(成年後見制度・ホームヘルプ・行動援護・移動支援・その他)

手当・年金を受けていますか。

特別児童扶養手当・障害基礎年金(1級・2級・無) 特別障害者手当・障害児福祉手当(有・無)

どのような種類の手帳を持っていますか。

療育手帳(有・無)(交付番号) (A・B1・B2) (次期判定年月)

身体障害者手帳(有・無)(交付日年月日)(種級) (障害名)

精神保健福祉手帳(有・無)(交付日年月日)(1級・2級・3級)

本人が相談したいことはありますか。

保護者が相談したいことはありますか。

7 今までにした仕事について記入してください。(6で記入したものを除く)

就労経験(あり・なし) 会社名 作業内容

期間 歳~ 歳 延べ 年間 出勤状況(良好・休みが多い・無断欠勤がある・遅刻が多い)

退職理由等 転職回数 回

・職場での人との関係はどうでしたか。

8 今まで利用した施設について記入してください。(6で記入したものを除く)

施設利用(あり・なし) 施設名 作業内容

期間 歳~ 歳 延べ 年間 出勤状況(良好・休みが多い・無断欠勤がある・遅刻が多い)

・施設での人との関係はどうでしたか。