

医療機関用チェックシート

この度は発達障害者支援センターふきのとう秋田をご紹介いただきありがとうございます。つきましては、以下に御記入の上、ご紹介状に添えていただければ幸いです。ご紹介いただきます発達障害児・者の方へ適切な支援を行うための重要資料となりますので、是非ともご協力お願いいたします。（□には✓をお願い致します）

① 診断名； 確定 疑い

広汎性発達障害

[自閉症（自閉性障害） アスペルガー障害 特定不能の広汎性発達障害
その他（)]

注意欠陥多動性障害（ADHD）

学習障害

[読字障害 算数障害 書字表出障害
その他（)]

境界知能

精神遅滞（知的障害）

[軽度 その他（)]

② 告知の有無； 有 [本人 家族 その他（)]
無

③ 症状・特性； 不注意 多動 衝動性 こだわり 社会適応の困難さ
コミュニケーションの不得手さ
その他（)

④ 二次障害・合併症の有無；

有 [うつ 不安・パニック 幻覚 妄想 問題行動
その他（)]

無

⑤ 心理検査；

施行 [ウェクスラー知能検査 ビネー式知能検査 K式発達検査
K-ABC ロールシャッハ性格検査 SCT P-F スタディ
描画テスト その他（)]

未施行

⑥ 知能検査結果； [全検査 IQ ; 言語性 IQ ; 動作性 IQ
/下位項目の特徴など；]

⑦ 支援の目的；

就労のための相談 教育関係の相談 日常生活の相談 対人関係の相談
その他生活の相談（)

お忙しいところご記入いただきありがとうございました。

なお、大変恐れ入りますが、貴機関にお問い合わせさせていただく場合のご連絡先をご記入ください。今後ともよろしくお願いいたします。

ご連絡先；担当医（お名前； _____ 先生）
担当者（職名； _____ /お名前； _____ 様）
連絡先（お電話・メールアドレスなど） _____
ご記入日； _____ 年 _____ 月 _____ 日