

## 申込書に関する留意事項

平成30年6月1日

### ☆ご記入に際して

- 申込書は4ページ、その他に医療機関用チェックシートが1ページあります。
- 内容については、「わかるどころ」「答えてもよいところ」だけのご記入でも結構です。
- 医療機関にかかっている方は、『医療機関用チェックシート』がございますので、主治医に記入をお願いしてください。
- ご記入が終わりましたら、発達障害者支援センターまで郵送にて送り返していただくようお願いいたします。

### ☆相談申込書

- 太枠内の情報については、できる限りご記入をお願いいたします。
- 家族構成については、現在本人にかかわっているご家族の名前をご記入ください。
- 生育歴・学歴等では、本人が通った機関名をお書きください。

《例》

生育歴・学歴	期間	事項
	H5.4~H8.3	〇〇〇幼稚園
	H5.10~H10.2	△△△療育センター、ことばの教室…
	H9.4~	□□□小学校

### ☆情報シート

- 質問の答えに当てはまる口に、チェックをつけてください。
- 答えに当てはまる項目がない場合は、余白に記載なさっても結構です。

### ☆承諾書

- 個人情報の管理についてお読みをいただき、承諾いただけましたらご署名ください。

### ☆医療機関用チェックシート

- 医療機関にかかっている方は、紹介状の他に主治医に記入をお願いしてください。

### ☆来所相談に来る際の持ち物として

- 母子手帳がある場合は、お持ちください。
- 何か本人の状態がわかるものがありましたら、お持ちください。  
例えば…本人が書いた絵やノート、学校の先生からのお手紙等
- 他機関で検査等をし、お手元に結果がある場合、ご持参いただくと参考になります。

### ☆最後に

- 相談申込書、情報シート、承諾書へのご記入ありがとうございました。

☆ご不明な点がありましたらこちらまでご連絡ください。

秋田県発達障害者支援センター ふきのとう秋田

〒010-1409 秋田市南ケ丘1丁目1-2

TEL: 018 (826) 8030 FAX: 018 (826) 2414

受理日： 年 月 日

相談申込書

\* 太枠内は、なるべく記入をお願いします。

記入年月日 年 月 日

No.	
相談者氏名 <small>ふりがな</small>	(本人との関係・機関等： )
相談者連絡先	〒 - 自宅：( ) - / 携帯：( ) -
本人氏名 <small>ふりがな</small>	性別：男・女
連絡先	〒 - 自宅：( ) - / 携帯：( ) -
生年月日	年 月 日 ( 歳)
所 属	(保育所・幼稚園・学校・勤務先等)
診断名	<input type="checkbox"/> 有 診断名： ( 歳時) 医師・病院名： <input type="checkbox"/> 無
手 帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B・なし) 取得年月日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (1級・2級・3級) 取得年月日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級 障害名： )

家族構成	氏 名	続柄	年齢	生年月日	学校、勤務先等	同居・別居	特記事項	
							同居・別居	
							同居・別居	
							同居・別居	
							同居・別居	
							同居・別居	
							同居・別居	

○生育歴・学歴についてご記入ください。

生育歴・学歴等	期 間	事 項

\*この欄は、記入しないでください。 データ入力 ( / ) カンファレンス ( / )  
 ( ) 初回相談日 ( / ) 担当：

## 情報シート

○以下の質問のうち、該当するものにチェックを付けて下さい。

よくわからないこと、お答えになりにくいものがありましたら、ご記入にならなくても結構です。

### 1. 来所までの経緯

①当センターをどのようにお知りになりましたか。

自分で調べて 知人から聞いて 関係機関からの紹介（機関名：\_\_\_\_\_）

②発達障害についての診断を受けたことがありますか。

はい いいえ

（診断名：\_\_\_\_\_ / 医療機関名：\_\_\_\_\_ / 診断時の年齢：\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月）

③これまでに、てんかん発作を起こしたことがありますか。

はい（\_\_\_\_\_ 歳） いいえ

④現在、発達障害のことで医療機関に通院していますか。

はい いいえ

（医療機関名：\_\_\_\_\_ / 受診の頻度：\_\_\_\_\_ ヶ月に1回・\_\_\_\_\_ 年に1回・その他\_\_\_\_\_）

⑤現在、治療中の病気はありますか。

はい（治療内容：\_\_\_\_\_）

いいえ

⑥現在、継続して飲んでいる薬がありますか。

はい（薬の内容：\_\_\_\_\_ / 服薬を始めた時期：\_\_\_\_\_ 歳）

いいえ

⑦発達検査や心理検査を受けたことはありますか。

はい いいえ

（検査名：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 歳 / 結果：\_\_\_\_\_）

（検査名：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 歳 / 結果：\_\_\_\_\_）

⑧他機関の利用があれば、機関名と機関を利用した時期についてご記入ください。

・相談機関

機関名：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳

機関名：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳

機関名：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳

・訓練

機関名：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳

機関名：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳

### 2. 生育歴について

・出生時体重：\_\_\_\_\_ グラム

・始語：\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃

・独歩：\_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月頃

・その他：（出産時の異常等、あればお書きください）

○裏面に続きます

3. 現在の状況について

①コミュニケーションについて

問題なし 心配な点がある

(方法：文章を使う 単語を使う 絵や写真で示す 実物で示す サイン(手話など)  
ジェスチャー 手を取って伝える その他：( )

②日常生活について

- ・食 事：特に問題なし 気になることがある ( )
- ・衣服着脱：特に問題なし 気になることがある ( )
- ・入 浴：特に問題なし 気になることがある ( )
- ・排 泄：特に問題なし 気になることがある ( )
- ・睡 眠：特に問題なし 気になることがある ( )

③対人面について

問題なし 心配な点がある ( )

④気になる行動について

問題なし 心配な点がある

行動：こだわりが強い(何に： )

興奮(きっかけ等： )

自傷行為 暴言・暴力 多動 不注意 器物破損 奇声・大泣き ひきこもり

幻視・幻聴 性的異常行動 その他：( )

⑤運動・技能について

- ・活 動 量：過活動 普通 あまり動かない
- ・指先の活動：器用 普通 不器用
- ・体全体の活動：得意 普通 苦手
- ・好きな活動・スポーツ等：

⑥趣味・特技について

- ・趣味：
- ・好きなこと、得意なこと：

4. 相談したいこと(具体的にお書きください)

---

---

---

---

---

---

---

---

\* 申込の受付後、担当相談員より来所についてご案内いたします。その際の連絡先をお知らせください。

連絡先☎ \_\_\_\_\_

平日、日中(9:00~17:00)の連絡可能な時間帯 \_\_\_\_\_

御相談者各位

秋田県発達障害者支援センター  
ふきのとう秋田

## 承 諾 書

秋田県発達障害者支援センター（以下、「当センター」と表記します。）では、発達障害に関する相談を行っております。寄せられた相談に的確に対応するため、本人・家族・関係機関が協力し合い、連携することが必要と考えております。

そのため、相談内容によっては関係機関からの情報収集や、知り得た情報を関係機関に提供させていただくことがあり、このように関係機関との情報の共有が必要になった場合は、その都度、事前に連絡し確認させていただきます。

ただし、緊急性があるとこちらが判断した場合（例・生命の危険性がある、触法行為など）は、上記にかかわらず、関係機関に連絡させていただくことがありますので、よろしくご理解をお願いいたします。

なお、個人情報の管理につきましては、地方独立行政法人秋田県立療育機構で定める個人情報保護規定に基づいた取扱いをさせていただき、外部への情報提供は上記のような場合のみとさせていただきます。

上記事項について理解し、相談・発達・就労支援を受けることを承諾します。

年 月 日

本人氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

保護者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

\*御相談者の皆様に当センターから連絡する際（封書を含む）、当センターの名称を使用してもよいかお聞かせください。以下のどちらかに○をつけてください。

秋田県発達障害者支援センターの名称を使用して（ 構わない ・ 困る ）

不都合がある方には、職員の個人名で連絡させていただきます。