相談票参考様式：子ども家庭相談センター用（18歳未満）

記入日　　年　月　日

療育手帳の申請に関する相談票

本人氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年　月　日
本人住所					
保護者氏名		保護者住所			
電話番号	－　－	連絡の取りやすい電話番号(携帯等)	－　－		

家族構成

続柄	氏名	生年月日	職業・学年	備考
		年　月　日		
		年　月　日		
		年　月　日		
		年　月　日		
		年　月　日		
		年　月　日		
		年　月　日		

※続柄については、本人からみた間柄でお書きください。

療育手帳の取得にあたって相談したところ

1. 中央子ども家庭相談センター　2. 彦根子ども家庭相談センター　3. 精神保健福祉センター（知的障害者更生相談所）
4. 保育園・幼稚園・学校　5. 療育教室　6. 医療機関　7. 民生委員　8. 知人　9. ハローワーク
10. 市町障害福祉担当課　11. その他（　　）

療育手帳を取得する理由

1. 障害福祉サービス等の利用　2. 割引制度　3. 手当　4. 就学　5. 就労
6. 施設入所　7. 勧められたから　8. その他（　　）

本人の現在の生活状況　＊1～6は該当するものに記入、＊7～10はいずれかに記入

1. 就園（保育所・幼稚園名：　　）　2. 療育教室（教室名　　）
3. 就学（学校名：　　普級・特支級 ）　4. 就労（会社名：　　）
5. 作業所（事業所名：　　）　6. 通所施設（施設名：　　）
7. 施設入所中（施設名：　　）　8. 入院中（病院名：　　退院予定日：　　）
9. 在宅　10. その他（　　）

学歴

保育園（　　）　幼稚園（　　）
小学校（　　普級・特支級 ）　中学校（　　普級・特支級 ）
高校（　　）　大学等（　　）

＜裏面もあります＞

主たる障害名

1. 精神発達遅滞　2. 自閉症　3. 発達障害（注意欠陥多動性障害 ・ 高機能自閉症 ・ 学習障害 ・ アスペルガー症候群）

4. 染色体異常（ダウン症 ・ その他（　　））　5. 脳性麻痺

6. その他（　　）

障害の原因

1. 先天性　2. 疾病（疾病名：　　診断年月：　　年　　月）

3. 事故（発生年月：　　年　　月）　4. その他（　　）

その他の障害	身体（　　）・聴覚（　　）・視覚（　　）・その他（　　）

日常生活動作						
	歩行	1. 寝たきり	2. 寝返り	3. はう	4. つかまり歩き	5. 歩く	6. 走る
	言葉	1. 全く話せない	2. 単語程度	3. 少し話せる	4. 手話や筆談	5. 日常会話に不自由なし	
	食物	1. 流動食	2. おかゆ程度	3. きざみ食	4. 普通食	5. その他（　　）	
	食事	1. 全介助	2. 一部介助	3. スプーン使用	4. はし使用		
	入浴	1. 全介助	2. 一部介助	3. 見守りが必要	4. 一人で可能		
	排泄	1. 常にオムツ	2. 夜のみオムツ	3. 全介助	4. 一部介助	5. 声かけで可能	6. 一人で可能
	更衣	1. 全介助	2. 一部介助	3. 声かけで可能	4. 一人で可能		
	洗面	1. 全介助	2. 一部介助	3. 声かけで可能	4. 一人で可能		

[行動に関することについて]

こだわり	1. 著しい	2. あり	3. なし	多動	1. 著しい	2. あり	3. なし
パニック	1. 著しい	2. あり	3. なし	睡眠障害	1. 著しい	2. あり	3. なし
他傷行為	1. 著しい	2. あり	3. なし	自傷行為	1. 著しい	2. あり	3. なし
その他	(自由記述)						

[コミュニケーション・社会生活能力に関することについて]

他人への意思伝達	1. 全介助	2. 一部介助	3. 自立
他人からの意思伝達の理解	1. 全介助	2. 一部介助	3. 自立
金銭管理	1. 全介助	2. 一部介助	3. 自立
買い物	1. 全介助	2. 一部介助	3. 自立
交通機関の利用	1. 全介助	2. 一部介助	3. 自立

要注意度	1. 常時厳重な注意を要する	2. 随時一応の注意を要する	3. ほとんど必要ない

現在困っていることや希望すること（自由記述）

市町担当者名（担当部署）	（　　）	TEL	