

相談受付票(1)

令和 年 月 日

相談対象者様についてご記入ください。

ふりがな					性別
氏名	様				男・女
生年月日 年齢	西暦	年	月	日生	(歳 月)
住所	〒 -				
連絡先	* もっとも連絡の取りやすい連絡先をお書きください(TEL・FAX・メール等)。				
現在の所属	* 学校、職業など				
最終学歴					
家 族 構 成	氏名	続柄	年齢	所属(学校・職業など)	

現在の医療

受診開始 時期	西暦	年	月	医療機関名	
主治医				診断名	
服薬の有無	有 ・ 無			その他	

手帳(お持ちであれば○で囲んでください)。

療育手帳	なし	Ⓐ	A	B	C	申請中(年 月申請)
精神障害者保健福祉手帳	なし	1級	2級	3級		申請中(年 月申請)

相談受付票(2)

○過去～現在までに関わった療育・相談・医療機関をお書きください。

機関名	期間	頻度	診断名・指導内容
(例)〇〇病院	〇年〇月	1回のみ	自閉症・
(例)〇〇教室	〇年〇月～〇年〇月	1ヵ月に1回	集団での療育

○過去～現在までに就労した経験があればお書きください。

事業所名	期間	所属先	仕事内容	雇用形態	備考
(例)〇〇会社	〇年〇月～ 〇年〇月	総務	事務補助	正社員	

○現在、悩んでいること、相談したいことをお書きください。

--