相談受付票（1）

令和　　年　　月　　日

相談対象者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	

	氏　　名	続柄	年齢	所属（学校・職業など）
家族構成				

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（お持ちであれば〇で囲んでください）。

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

相談受付票（2）

〇過去～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

〇　現在、悩んでいること、相談したいことをお書きください。