

本人 氏名	男・女 昭和・平成 年 月 日生 (歳)	令和 年 月 日
		から聴取 (本人との関係) 記入者名

本人の今までの発育についてお聞きします。

() 内で思い当たるものに○をつけてください。 _____ は具体的に記入してください。

1 妊娠・出産の様子はどうでしたか。

出産の場所は (病院・産院・自宅・その他 _____)

何ヶ月で出産しましたか。 _____ ヶ月 (_____ 週) 予定日より _____ 日 (早い・遅い)

出産時の体重は _____ g 保育器の使用は (使用なし・使用あり・ _____ 日間程度)

すぐ泣きましたか。(すぐ泣いた・しばらくして泣いた・泣かなかった)

妊娠・出産時又は出産後に何かありましたか。
(特になし・多胎妊娠・妊娠中毒(高血圧)症・切迫早産・へその緒が巻いていた・鉗子分娩・吸引分娩)
その他特記事項 (_____)

2 乳幼児期の様子はどうでしたか。

育てやすさは (育てやすかった ・育てにくかった)

具体的に _____

首がすわったのは _____ 歳 _____ ヶ月 一人歩きをしたのは _____ 歳 _____ ヶ月 初めて言葉が出たのは _____ 歳 _____ ヶ月

気になる行動は (抱くのを嫌がる・視線が合わない・人見知りが無い・指さしがない・偏食がある
こだわりが強い・よく迷子になる・落ち着きがない・音に過敏である)

その他 (_____)

発育の遅れや偏りに気づいたのは _____ 歳 _____ ヶ月 (本人の行動から・ _____)

発育の遅れや偏りに気づいた理由は (歩くのが遅い・言葉が遅い・友達と遊べない)
その他 (_____)

発育の遅れや偏りに気づいたとき相談した機関は (病院・相談所・療育機関・その他)
名称 _____

どのくらいの期間ですか。(1回のみ・継続的に) (_____ 歳から _____ 歳まで _____ 回/月程度)

相談機関から言われたことは _____

3 今までの健康状態はどうでしたか。

今までかかった病気はありますか。(あり・なし)
(髄膜炎 _____ 歳・脳炎 _____ 歳・頭部外傷 _____ 歳・頭部打撲 _____ 歳・てんかん _____ 歳・脳性麻痺・ダウン症)
(その他 _____)

次について医師の診断を受けたことがありますか。(あり・なし) (_____ 歳)
(自閉症・自閉スペクトラム症・広汎性発達障害・アスペルガー症候群・注意欠陥障害・多動・学習障害)
その他精神疾患等 < 診断名 _____ > < 診断名 _____ >

上記の病気で入院・通院歴はありますか。(あり・なし)

病院名・科名など	*入院歴	年 月～	日間 /	年 月～	日間
時期： _____ 年～	(通院・入院)	病名	治療内容		
時期： _____ 年～	(通院・入院)	病名	治療内容		

4 今までに通った学校などについて記入してください。

学校名	友人と遊べましたか?	欠席日数は?
_____ 保育園 (_____ 年)	(はい・いいえ)	(多・少)
_____ 幼稚園 (_____ 年)	(はい・いいえ)	(多・少)
_____ 小学校 (通常学級・特別支援学級・特別支援学校)	(はい・いいえ)	(多・少)
_____ 中学校 (通常学級・特別支援学級・特別支援学校)	(はい・いいえ)	(多・少)
_____ 高校 < _____ 年卒業 > (全日制・通信制など・特別支援学校)	(友人と行動・一人で行動)	(多・少)
_____ 大学 < _____ 年卒業・中退 > (全日制・通信制など)	(友人と行動・一人で行動)	(多・少)
_____ 専門学校 < _____ 年卒業・中退 > (全日制・通信制など)	(友人と行動・一人で行動)	(多・少)
_____ < _____ 年卒業・中退 > (職業訓練校など)	(友人と行動・一人で行動)	(多・少)

*特記事項:(_____)

(様式第8号の2)

本人氏名 ()

5 現在の家族構成を記入してください。									
本人との関係	同居	氏名	生年月日	職業	本人との関係	同居	氏名	生年月日	職業

(注) 本人を中心に記入してください。別居中の両親・兄弟も記入し、同居中の人には同居欄に○印をつけてください。

6 現在の生活について記入してください。

「住まいの場」は (家庭・入所施設・グループホーム等・病院)
・施設 (施設名 _____ 入所・ホーム) _____ 年 月頃～
・病院 (病院名 _____ 入院) _____ 年 月頃～ (病名 _____) 服薬名 _____

「日中活動の場」は (家庭・就労・学校・小規模作業所・デイサービス・療養介護・生活介護・自立訓練・就労移行・就労継続 (A型・B型)・地域活動支援センター・ _____)
・名称 (_____) _____ 年 月頃～ 作業内容: _____
・名称 (_____) _____ 年 月頃～ 作業内容: _____

現在通院で治療を受けていますか。(あり・なし) *精神科通院中の場合、自立支援医療を受給していますか 有 無
病院名 _____ 通院 _____ 年 月頃～ (回/ _____ 月・年 程度)
病名 _____ 服薬名 _____

会話はどの程度できますか。
(日常会話ができる・単語で話す・身振りで示す・筆談をする・手話をする・全くできない)

人との関係はどうですか。(家庭・近隣・職場・学校・友人など)

行動面で困っていることはありますか。(あり・なし)

興味や趣味は何ですか。

福祉制度の利用をしていますか。(あり・なし)
(成年後見制度・ホームヘルプ・行動援護・移動支援・その他 _____)

手当・年金を受けていますか。
特別児童扶養手当・障害基礎年金 (1級・2級・無) 特別障害者手当・障害児福祉手当 (有 ・無)

どのような種類の手帳を持っていますか。
療育手帳 (有・無) (交付番号 _____) (A・B1・B2) (次期判定 _____ 年 月)
身体障害者手帳 (有・無) (交付日 _____ 年 月 日) (_____ 種 級) (障害名 _____)
精神保健福祉手帳 (有・無) (交付日 _____ 年 月 日) (1級・2級・3級)

本人が相談したいことはありますか。

保護者が相談したいことはありますか。

7 今までにした仕事について記入してください。(6で記入したものを除く)

就労経験 (あり・なし) 会社名 _____ 作業内容 _____
期間 _____ 歳～ _____ 歳 延べ _____ 年間 出勤状況 (良好・休みが多い・無断欠勤がある・遅刻が多い)
退職理由等 _____ 転職回数 _____ 回
・職場での人との関係はどうでしたか。

8 今まで利用した施設について記入してください。(6で記入したものを除く)

施設利用 (あり・なし) 施設名 _____ 作業内容 _____
期間 _____ 歳～ _____ 歳 延べ _____ 年間 出勤状況 (良好・休みが多い・無断欠勤がある・遅刻が多い)
・施設での人との関係はどうでしたか。
