**問診票**

記入日：令和　　年　　月　　日

**※お答えいただける範囲で結構です。すべて記入しなくても構いません。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **性別** | 男・女 | **生年月日** | S・H　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| **所属先** | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※学校や会社など |
| **住　所** | 〒 　　 - 川崎市 |
| **電話番号** | 自宅： - 　 - 　　携帯：　　　-　　　　-　　　　　（　　） |
| **障害者手帳** | □手帳なし □精神手帳（ 級） □療育手帳 □身体手帳（　　種　　級） |
| **障害年金** | □なし　□あり（ 基礎 ・ 厚生　　　級） |
| **心配されていることはどのようなことですか。** |
|  |
| **当センターに期待する相談や支援はどのようなことですか。** |
|  |
| **発達障害に関する今までの相談・医療歴（療育センター、医療機関、相談機関など）** |
| 期間・年齢 | 医療・相談機関名 | 内　容 |
| 年　 月（ 　歳）～年　 月（ 　歳） |  | 診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）診察・服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　）検査 ・ 相談 ・ 訓練 ・ カウンセリング |
| 年　 月（ 歳）～年 月（ 歳） |  | 診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）診察・服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　）検査 ・ 相談 ・ 訓練 ・ カウンセリング |
| 年　 月（ 歳）～年 月（ 歳） |  | 診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）診察・服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　）検査 ・ 相談 ・ 訓練 ・ カウンセリング |
| 年　 月（ 歳）～年 月（ 歳） |  | 診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）診察・服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　）検査 ・ 相談 ・ 訓練 ・ カウンセリング |
| 年　 月（ 歳）　～年 月（ 歳） |  | 診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）診察・服薬（　　　　　　　　　　　　　　　　）検査 ・ 相談 ・ 訓練 ・ カウンセリング |

**➡裏へ続きます**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家族構成** | 氏　名 | 続柄 | 年齢 | 生年月日 | 勤務先・所属 | 健康状態 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
|  |  |  |  |  | 良・不良 |
| **学歴・職歴（転園、転校、転職があれば複数ご記入ください）（通級・支援級利用の際は〇）** |
| **保育園・幼稚園** | （　　歳入園）　　　　　　　　　　園、（　　歳入園）　　　　　　　　　　園 |
| **小学校** |  | 通級（言語・情緒）・支援級 |
| **中学校** |  | 通級（言語・情緒）・支援級 |
| **高校等** |  | 通級 |
| **専門・大学等** |  |
| **社会人** | 業種 |  |
| 正規職員 ・ 非正規職員 ・ アルバイト ・ 無職 ・ その他（　 　　　　　） |
| **日常生活（複数ある場合にはすべてに✓をつけてください）** |
| **食 事** | 1日 1 ・ 2 ・ 3食　　□規則的　　□不規則 |
| **睡 眠** | 就寝～起床（　　時頃～　　時頃）　　□よく眠れる □ふつう □あまり眠れない□寝つきがわるい □夜中に起きてしまう □朝早く起きてしまう □睡眠薬を服用している |
| **発達障害以外の既往歴** | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **収　入** | □給料・バイト代 □家族からの経済支援 □障害年金 □生活保護 □その他（　　　　） |
| **趣　味** |  |
| **家　族** | □よく話をする □ふつう □あまり話さない □よくケンカする |
| **友　人** | □いる　 □いない |
| **近　隣** | □仲のいい人がいる □あいさつする程度 □ほとんどつきあいはない |
| **学校・職場** | □うまくいっている □ふつう □あまりよくない |
| **長所****得意なこと** |  |
| **短所****苦手なこと** |  |

ご協力ありがとうございました。この問診票は、初回面談日にお持ちください。

◆この問診票は個人情報保護条例に基づき厳重に管理し、相談以外の目的には使用しません。

◆ご相談を進めるにあたり、関係機関との調整やご紹介などのため必要があるときは、事前に

　ご了解を得たうえで個人情報を開示することがありますので同意をお願いいたします。

サイン