

相談者記入シート

記入年月日	年 月 日	記入者	
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	S・H・R 年 月 日	(歳 ヶ月)	
所属(学校/施設/園名など)		学年	
障害種別	未診断 ・ 自閉症スペクトラム ・ 自閉症 ・ アスペルガー症候群 広汎性発達障害 ・ AD/HD ・ LD ・ その他()		
診断の下りた医療機関名・時期	(S・H 年 月)		
療育手帳	A ・ B ・ 無し	精神保健福祉手帳	ある ・ 無し
身体障害者福祉手帳	ある (級) ・ 無し		
特別児童扶養手当または障害基礎年金	受給している ・ 受給していない		

相談内容

連絡先

住 所	〒 —		
TEL		FAX	
携帯電話		E-mail	

家族構成

氏 名(続柄)	年齢	勤務先・その他	氏 名(続柄)	年齢	勤務先・その他
()			()		
()			()		
()			()		
()			()		

学歴・施設・職歴

S ・ H 年 月	
S ・ H 年 月	
S ・ H 年 月	
S ・ H 年 月	
S ・ H 年 月	
S ・ H 年 月	
S ・ H 年 月	
S ・ H 年 月	