様式第２号(用紙 日本産業規格Ａ４縦型)

(表)

年　　　　月　　　　日

調　　　査　　　票

ふりがな

記入者氏名

面接の参考にさせていただきますので、以下の事項について分かる範囲でご記入ください。

**１　家族状況**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家  族  状  況 | 本人との  続柄 | 氏　　　　　　名 | 生年月日 | | 年齢 | 職　業 等 | 家　　　系　　　図 |
| 本人 |  |  | |  |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| 申請者又は保護者と連絡の取りやすい曜日、時間帯 | | | | 曜日　　時　　分から　　時　　分ころ　連絡先(携帯等) | | | |

**２　生育歴**　※再判定申請のときは記入不要です。

< 妊娠中 >つわり：軽 ・ 普通 ・ 重　　　　妊娠中毒：無 ・ 有 　　　母体の疾患 ：無 ・ 有

< 出産時 >　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　< 新生児期 >

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 在胎期間 | 妊 娠 | か月 (　第 　　　　週　) |
| 分娩の経過 | 正　常  異　常 | 難産　　早産　　逆子　　鉗子　　吸引　　臍帯經絡  　帝王切開　　　仮死　　　その他(　　　　　　　　) |
| 出産時の体重 |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 黄疸 | なし　・　普通　・　強 |
| ひきつけ | なし　・　有 |
| 保育器使用 | なし・あり(　　　　日間) |
| その他 |  |

< 乳児期 >

首のすわり：（　　　　か月）　　３か月微笑(あやすと笑う)：有　　　か月 ・ あまり笑わない

始語：　　　　か月　はじめてのことば：（　　　　　　　　)　　　　　始歩：　　　　か月

人見知り：過敏 ・ 普通 ・ なし　後追い：過敏 ・ 普通 ・ なし　かんが強い：有 ・ 無

睡眠の状況：寝つき 良い・悪い　　　　夜泣き なし・普通・多い　　　不規則 有 ・ 無

|  |
| --- |
| <　幼児期の様子　>　遊び方・問題行動等 |
| <　小学校期の様子　>　学歴　学級（普通・特別支援学級（情緒・知的））　成績　適応状況等 |
| <　中学校期の様子　>　学歴　学級（普通 ・ 特別支援学級（情緒・知的））　成績　適応状況等 |

(裏)

**３　中学卒業後の様子**（生活歴、学歴、職歴、施設への入所・通所等）

|  |
| --- |
|  |

**４　医療機関受診歴**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 受診期間 | 診断名　・　受診頻度　・　投薬　等 |
|  | ～ |  |
|  | ～ |  |
|  | ～ |  |
|  | ～ |  |

**５　家庭での生活状況**(交付申請の場合は、申請理由もご記入ください。)

|  |
| --- |
| 具体的に記入　　(生活環境・本人や家族が抱える問題事項　等　) |

**６ 受給している手当、年金など**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 特別児童扶養手当 | 障害基礎年金 | 障害児福祉手当 | 特別障害者手当 | 介護手当 |
| 有・無 | 有　　級・無 | 有 　級 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
| 受給開始時期 | 年　　月 | 年　　月 | 年　　月 | 年　　月 | 年　月 |

**７ 現在までに児童相談所・知的障害者更生相談所以外（医療機関(病院・診療所)又は教育機関(学校)等）で検査を受けましたか。**

ア ある (検査を受けた機関　　　　　　 　　　検査年月　　　 年　　　 月)　　 イ ない

検査名【 鈴木ビネー ・ 田中ビネー（　　）　・ WPPSI ・ WISC-（　　）　・　WAIS-（　　） 　　　　遠城寺式 ・ 新版 K 式 ・ わからない ・ その他(　　 　　　　　　)】

検査結果の持参 【 可 ・ 不可 】

**８ 身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。**

ア はい ( 身体 　　　級 ・ 精神　　　 級 ) 　　イ いいえ

**９　使用言語等の確認**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国籍 | 言語 | 日本語での会話  （保護者） | 日本語での会話  （本人） | 通訳の同行 | 車椅子の配慮  　　必要 |
|  | □ポルトガル語  （　　　　）語 | 可・不可 | 可・不可 | 可・不可 |

|  |
| --- |
| 本票は、静岡県療育手帳交付規則第４条の規定による療育手帳交付申請書、同規則第12条の規定による再判定申請書を提出するときに、記入の上添付してください。 |