

来所相談受付票

No. 1

相談者氏名		相談対象者との関係	本人・家族（続柄） 支援機関等（）
住所	〒 -		
TEL:	FAX:	携帯:	

〈相談対象者についてご記入ください〉

相談対象者氏名					
住所	〒 -				
	TEL:	FAX:	携帯:		
生年月日	年	月	日	(歳)	性別 (男 ・ 女)
所属名等(学校・施設名など)				担当者名	
医療機関	主治医:			発達障がい診断名	
家族構成	氏名	年齢	続柄	対象者の障がい者手帳/受給の年金・手当	
				療育手帳	A ・ B1 ・ B2 ・ なし
				精神障がい者保健福祉手帳	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ なし
				身体障がい者手帳	種 級 ・ なし
				年金・手当	障がい基礎(級)障がい厚生(級)その他()

〈相談したいこと、困っていることを記入してください〉

相談受付票にご記入いただいた個人情報については、法人の個人情報保護指針に基づいて管理致します

No. 2

＜相談対象者について記入して下さい＞

記入者

* 生育歴(相談・受診歴、療育・教育機関、職歴)など経験等について、時系列で記入して下さい。

※ 乳幼児期・学齢期・青年成人期等 ライフステージ別に分けて頂き、箇条書きで結構です。

[illegible]