

これは成人（満19歳～）用です。

令和 年 月 日

フリガナ			生年月日	T・S	年 月 日
お名前				H・R	(歳 ヶ月)
住所	〒				
ご連絡先	固定：	—	—		
	携帯：	—	—		
ご家族構成	続柄	氏名（フリガナ）	生年月日	勤務先、所属（幼稚園、保育園、小学校） 学年、所属学級もご記入ください	
これまで かかった 精神科 心療内科	病院名		期間		
	①				
	②				
	③				
紹介された 場所・人					
ご心配なこと 相談したいこと					
幼児期	保育園・幼稚園などに通われましたか？				
	<input type="checkbox"/> いいえ				
	<input type="checkbox"/> はい→園のお名前と通われていた期間をご記入ください。				
	年齢	園の名前	期間		
	発達の相談や、療育機関には通われていましたか？				
	<input type="checkbox"/> いいえ				
	<input type="checkbox"/> はい→機関のお名前と通われていた期間をご記入ください。				
機関の名前		期間			

幼児期	幼稚園や保育園、集団での様子を教えてください。	
	印象に残っているエピソードがあれば教えてください。	
	行き渋りなどありましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	保育園や幼稚園などで何か指摘されたことが： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
学齢期 (小学校)	通われていた小学校を教えてください。	
	小学校の名前	期間
	特別支援学級や通級を利用していましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→下記の欄に使われていたものをご記入ください。	
	印象に残っているエピソードがあれば教えてください。	
	不登校や、行き渋り、別室・放課後登校はありましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（期間を教えてください： _____）	
	学校などから何か指摘されたことが： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
学齢期 (中学校)	通われていた中学校を教えてください。	
	中学校の名前	期間
	特別支援学級や通級を利用していましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→下記の欄に使われていたものをご記入ください。	
	部活動に参加していれば、何部か教えてください。：	
	印象に残っているエピソードがあれば教えてください。	
	不登校や、行き渋り、別室・放課後登校はありましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（期間を教えてください： _____）	
	学校などから何か指摘されたことが： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	

学齡期 (高校)	高校に通われていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→学校名を教えてください。	
	高校の名前	期間
	部活動に参加していれば、何部か教えてください。：	
	印象に残っているエピソードがあれば教えてください。	
	不登校や、行き渋り、別室・放課後登校はありましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（期間を教えてください： _____）	
	学校などから何か指摘されたことが： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし	
現在	今現在の状態について教えてください。	
	1. 普段の生活について教えてください。	
	睡眠： _____ 時（ _____ 時間） <input type="checkbox"/> 日によってばらつきが大きい <input type="checkbox"/> 一度眠ればぐっすり眠れる <input type="checkbox"/> 途中で目が覚めている <input type="checkbox"/> 目覚めが悪い	
	食事：食欲について <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 三食しっかりと食べられている <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 日によってばらつきがある <input type="checkbox"/> その他 好みについて <input type="checkbox"/> 食事にかたよりのある。 <input type="checkbox"/> 新しい食材も食べられる	
	排泄： <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> ゆるい <input type="checkbox"/> 腹痛がある	
	身支度： <input type="checkbox"/> 自分でできている <input type="checkbox"/> 手伝いが必要	
	歯磨き： <input type="checkbox"/> できている <input type="checkbox"/> 嫌がる	
	入浴： <input type="checkbox"/> 入れている <input type="checkbox"/> 嫌がる	
	片付け： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない	
	興味関心の偏り： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> あるが気になるほどではなかった <input type="checkbox"/> なかった	
	癩癢： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> あるが気になるほどではなかった <input type="checkbox"/> 全くなかった	
	こだわり： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あるが気になるほどではない <input type="checkbox"/> 特になし	
	スケジュールの変更： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが時間がかかる <input type="checkbox"/> できない	
	気持ちの切り替え： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが時間がかかる <input type="checkbox"/> できない	
	人見知り： <input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> あるが気になるほどではなかった <input type="checkbox"/> 全くなかった	
	場所見知り： <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あるが気になるほどではない <input type="checkbox"/> 全くない	
	他者からの干渉： <input type="checkbox"/> 嫌う <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> まったく気にしていない <input type="checkbox"/> 気が散りやすい <input type="checkbox"/> 場に合わない行動がある。 <input type="checkbox"/> 人の目を気にする <input type="checkbox"/> コミュニケーションが難しい	

現在	3. 性格などについて教えてください。		
	性格を教えてください。		
	趣味や特技、好きなことを教えてください。		
	4. 運動、感覚に関して教えてください。 運動： <input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 苦手 道具を使った運動（バドミントン、野球など）： <input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 苦手 細かい作業： <input type="checkbox"/> 得意 <input type="checkbox"/> 苦手 感覚： <input type="checkbox"/> 特に問題ない <input type="checkbox"/> 敏感（周囲の音に敏感、服のタグを気にするなど）		
その他	1. ご家族様で精神科に通院歴がある方がいれば教えてください。		
	続柄	病院名	期間
	2. 就労状況を教えてください。		
	企業名	雇用形態	期間
	3.現在の経済状況であてはまるものに✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> ご自身の就労による収入がある <input type="checkbox"/> 年金がある <input type="checkbox"/> 貯金を切り崩している <input type="checkbox"/> 家族その他の援助 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	4. これまでにかかった大きな病気、手術の経験を教えてください。		
	病名	期間	
手術の目的	時期		
5. アレルギーがあれば教えてください。			
6. けいれん、てんかん発作の経験はありますか？ <input type="checkbox"/> はい→（いつ頃ですか？ ） （飲まれているお薬があれば教えてください： ） <input type="checkbox"/> いいえ			
5. 以下のもので利用されているものがあればチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 障害者手帳（精神・療育・身体）： 級 →交付年月日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 障害年金： 級 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証			