

相 談 受 付 シ ー ト

記入日	年 月 日		
ふりがな		対象者 との ご関係	本人、父、母、支援者 その他()
記入者名			
ご住所 ご連絡先	〒 広島市 区 TEL () -		

●相談の対象となる方について

ふりがな		性 別	生年月日	年 齢	
お名前			年 月 日	歳	
ご住所 ご連絡先	〒 広島市 区 TEL () -				
現在の ご所属	☐ 特に通っているところはない ☐ 学校、施設、職場等 ⇒ 所属名:				
ご相談 内容					
ご家族	氏 名	続 柄	年 齢	同居・別居	備 考
			歳	同・別	
			歳	同・別	
			歳	同・別	
			歳	同・別	
			歳	同・別	
			歳	同・別	
手 帳	☐ なし ☐ 申請中 ☐ 精神障害者保健福祉手帳(1級・2級・3級) ☐ 療育手帳(㉠・A・㉡・B) ☐ 身体障害者手帳()級 (障害名:)				
障害年金	☐ なし ☐ わからない ☐ あり()級	自立支援 医療費制度	☐ なし ☐ わからない ☐ あり		

●発達障害または精神疾患に関する情報について

受診歴	期 間	医療機関名	担当医	診 断 名
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
	年 月～ 年 月			
現在の診断	☐ 診断なし ☐ 診断あり(診断名:) ☐ はっきり言われていない…()の疑い・傾向がある等			
現在の通院や服薬の状況	☐ 通院していない ☐ 通院している 医療機関: 通院頻度:(週間・ か月)に1回程度			
	☐ 服薬なし ☐ 服薬あり 薬名: 効果: 不安・不眠・その他()			

●学歴について

学歴	期 間	学 校 名
	年 月～ 年 月	幼稚園 保育園
	年 月～ 年 月	小学校(通常学級・特別支援学級) 特別支援学校
	年 月～ 年 月	中学校(通常学級・特別支援学級) 特別支援学校
	年 月～ 年 月	高等学校(全日制・通信制) 特別支援学校
	年 月～ 年 月	専門学校 大学
	年 月～ 年 月	

●職歴について

職歴	期 間	会社・職場名	仕事内容	形 態
	年 月～ 年 月			☐ フルタイム ☐ フルタイム以外
	年 月～ 年 月			☐ フルタイム ☐ フルタイム以外
	年 月～ 年 月			☐ フルタイム ☐ フルタイム以外
	年 月～ 年 月			☐ フルタイム ☐ フルタイム以外
	年 月～ 年 月			☐ フルタイム ☐ フルタイム以外
	年 月～ 年 月			☐ フルタイム ☐ フルタイム以外

●相談機関・訓練機関などの利用歴

機関種別		機 関 名	担 当	利用の期間
相 談 機 関	☐ 障害者相談支援事業所			☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた
	☐ ハローワーク			☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた
	☐ 障害者職業センター			☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた
	☐ 就業・生活支援センター			☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた
通 所 機 関	☐ 就労移行支援			☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた
	☐ 就労継続支援A型			☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた
	☐ 就労継続支援B型			☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた
	☐ 生活介護			☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた
	☐ 障害者職業能力開発校			☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた
	☐ デイケア			☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた
				☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた
				☐ 現在利用中 ☐ 以前利用していた

●その他

今回の相談の中で、配慮して欲しいこと等ございましたらご記入ください

☐ 特にない

☐ あるけどすぐには思い浮かばない

☐ ある ➡

詳細

例) ゆっくり話して欲しい、光がまぶしいので電気を消してほしいなど

趣味など(好きなこと・好きなもの・好きな時間)があればご記入ください(よければ)