

相 談 ・ 判 定 調 査 資 料				年月日	年 月 日
フリガナ		男	生年	昭和・平成・令和	
対象者氏名		・	月日	(才)	
対象者現住所	〒				
対象者が施設入所（入院） の場合は施設名（病院名）					
保護者氏名		続柄		職業	
保護者住所					
本人電話番号	()	保護者電話番号	()		
1. 家族構成					
氏名	続柄	年齢	職業	備 考	
2. 主 訴（申請の経緯、目的等）					

3. 各種障害者手帳の有無					
療育手帳	有り / 無し				
	手帳番号	秋田県・	号	手帳程度	A B
	交付年月日	年 月 日			
	次期判定年月	年 月 / 再判定不要			
身障手帳	有り / 無し				
	手帳番号	秋田県・	号		
	障害程度	種 級	交付年月日	年 月 日	
	身障障害名				
精神手帳	有り / 無し				
	手帳番号	秋田県・	号	手帳程度	1級 2級 3級
	交付年月日	年 月 日			
	診断名				
諸年金・特児手当		有り (級) 障害基礎年金・その他 / 無し			
4. 18才までに遅れがあった事の事実（知的障害の状態になった時期、原因、経過等）					

5. 相談機関での相談歴 (例：児童相談所、総合教育センター他) (有り / 無し)		
相談機関名	時期	知能等参考事項
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
6. 教育歴		
◎小学校 (普通・特殊学級・養護学校・不就学)	学校名	小学校
◎中学校 (普通・特殊学級・養護学校・不就学)	学校名	中学校
◎高校・各種学校・養護学校高等部	学校名	
		科 (卒業・中退)
◎その他 ()		
7. 施設入所歴 (有り / 無し)		
施設名	期 間	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
8. 病院入院歴及び通院治療歴 (有り / 無し)		
病院名及び科名	期 間	病名・症状等
病院 科	年 月 日～ 年 月 日	
病院 科	年 月 日～ 年 月 日	
病院 科	年 月 日～ 年 月 日	
病院 科	年 月 日～ 年 月 日	
9. 職歴 (有り / 無し)		
会社名	期 間	職種・職業内容
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
	年 月 日～ 年 月 日	
10. 結婚歴 (有り / 無し)		
相手方氏名	期 間	子 供
	年 月 日～ 年 月 日	無し/有り 人
	年 月 日～ 年 月 日	無し/有り 人
	年 月 日～ 年 月 日	無し/有り 人
11. 経済 (経済基盤)		
<input type="checkbox"/> 就労 (アルバイト) 等	<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 保護者からの援助 (小遣い)
<input type="checkbox"/> 諸年金等	<input type="checkbox"/> 遺産等	<input type="checkbox"/> 預貯金等
※その他特記事項		

調査年月日	令和 年 月 日	調査者 職 氏名