

相談記録票

受付 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日			
本人氏名			年	月	日	歳
現住所			職業			
保護者氏名			続柄 職業			
現住所			電話			
身体障害者手帳番号		交付年月日		年	月	日
障害名		等級				
各種手当						
家 族 構 成	氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	備考
家庭状況（保護者の生活歴・家族の人間関係・生活状況）			生活保護の受給 無・有			
成 育 歴	遺伝関係 近親婚 無・有					
	胎生期 母体の心身の状況（病気・疲労等）					
	出生時 父母の健康状態（ ） 難産・早産（ カ月） 体重（ g）					
	乳幼児期 栄養状態（ ）、首のすわり（ カ月）、始語（ カ月） 初歩（ カ月）、ひきつけ 無・有					
	学童期 小学校（ ）、中学校（ ）					
青年期以降 在宅・進学・就労・施設・その他（ ）						
現 在 の 生 活	午前	午後	夜間			
趣味・楽しみ						
問題行動						
健康状態		身長（ cm）	・	体重（ kg）		