

ケアプランセンター3Q 相談受付表

【基本情報】

- 対象児童のお名前（必須） _____

 - 性別（必須） ☐ 男 ☐ 女
 - 生年月日（必須） ____年____月____日
 - 郵便番号（必須） _____
 - 住所（必須） _____

-

【障害・医療に関する情報】

1. 障害者手帳を所持していますか？（必須）
☐ している ☐ していない
→ 所持している場合：
☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者手帳
 2. 自立支援医療受給者証を所持していますか？（必須）
☐ している ☐ していない
 3. 発達について医師に相談したことがありますか？（必須）
☐ ある ☐ ない
→ ある場合：
 - ・ 医療機関名 _____
 - ・ 医師名 _____
-

【通園・通学】

現在、園や学校に通っていますか？

☐ ある ☐ ない

→ ある場合：園・学校名_____

【お子さんの様子】

● 気になること：

● 好きなこと・興味のあること・苦手なこと：

【希望する福祉サービス】

当てはまるものに☑を入れてください。

- ☐ 児童発達支援
- ☐ 放課後等デイサービス
- ☐ ショートステイ
- ☐ 居宅介護
- ☐ 同行援護
- ☐ 行動援護
- ☐ 保育所等訪問支援
- ☐ 居宅訪問型児童発達支援
- ☐ 医療型児童発達支援
- ☐ その他（_____）

【事業所について】

- 興味のある事業所がありますか？
 - ある（事業所名_____）
 - 特になし
-

【相談者情報】

- 児童との関係（必須）：
 - 父親 □ 母親 □ その他（_____）
- 相談者のお名前（必須）：_____
- メールアドレス（必須）：_____
- 電話番号（必須）：_____

【家族構成（任意）】

- お子さんは何人で暮らしていますか？
 - 2人 □ 3人 □ 4人 □ 5人 □ 6人以上
- 兄弟姉妹はいますか？
 - いる（年齢など_____）
 - いない