

ケアプランセンター3Q 相談受付表

【基本情報】

- 対象児童様のお名前(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. 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 _____
3. 医師からのご指摘(診断名など)

例) 言語発達遅滞 ASD ADHD 多動傾向 しばらく様子を見ましよう
など

【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): _____

【世帯主情報】

- 世帯主氏名(必須): _____
- 児童との関係(必須)
 父 母 その他(_____)
- 世帯主生年月日(必須)
____年 ____月 ____日

【家族構成】

- お子さんは何人で暮らしていますか？※対象児童様含む(必須)
 2人 3人 4人 5人 6人以上
- 兄弟姉妹はいますか？(必須)
 いる いない
- ご家族様の続柄と生年月日を西暦でご記入ください(必須)
※世帯主様・対象児童含む
※記入できる範囲で構いません

お名前 続柄 西暦

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日