

(様式第6号)

知的障がい者(児)相談記録票

年 月 日作成

|       |   |     |                        |       |       |  |
|-------|---|-----|------------------------|-------|-------|--|
| 福祉事務所 |   |     |                        | 担当者名： |       |  |
| 本人    | ふりがな<br>氏名  |     | 生年月日                   | 年 月 日 | (才)   |  |
|       | 住所  | 〒 - | 電話                     | ( ) - |       |  |
|       |   |     | 学校名および学年・勤務先・利用福祉サービス等 |       |       |  |
| 保護者   | ふりがな<br>氏名  |     | 生年月日                   | 年 月 日 | 続柄    |  |
|       | 住所  | 〒 - | 電話                     | ( ) - |       |  |
|       |   |     | 勤務先                    |       |       |  |
| 家族状況  | 続柄  | 氏名  | 生年月日                   | 職業    | 備考    |  |
|       |   |     |                        |       |       |  |
|       |   |     |                        |       |       |  |
|       |   |     |                        |       |       |  |
|       |   |     |                        |       |       |  |
| 関係者   | 続柄  | 氏名  | 現住所                    |       | 電話    |  |
|       |   |     |                        |       | ( ) - |  |
|       |   |     |                        |       | ( ) - |  |
| 生育歴   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・出産状況：安産・難産（鉗子・吸引・切開）・仮死・早産  か月頃</li> <li>・出生時体重：( g)</li> <li>・出生時異常：無・有（状況 ）</li> <li>・首のすわり：  か月頃 ・ 始歩：  か月頃 ・ 始語：  か月頃</li> <li>・ひきつけ：無・有（熱を伴う・熱を伴わない）</li> <li>才  か月～  才まで続く  頻度は年  回</li> <li>・その他、幼児期の病気 ( )</li> </ul> |     |                        |       |       |  |
| 教育歴   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保育所等： ( 保育園・幼稚園・こども園・幼保園・その他 )</li> <li>・小学校： 小学校（普通・特別支援学級）（成績 ）</li> <li>・中学校： 中学校（普通・特別支援学級）（成績 ）</li> <li>・高等学校： 高等学校</li> <li>・特別支援学校： 特別支援学校（小学部・中学部・高等部）</li> </ul>  |     |                        |       |       |  |

