

判定調査資料

フリガナ		男・女	生年月日 (年齢)	昭和・平成・令和	所属 (学校や会社など)	
本人名				年		

本人住所	〒		電話番号	
------	---	--	------	--

本人が施設入所(入院)している場合は施設名(病院名)

保護者氏名		続柄		生年月日 (年齢)	昭和・平成	年	月	日	職業	
-------	--	----	--	--------------	-------	---	---	---	----	--

保護者住所	〒		電話番号	
-------	---	--	------	--

1 家族構成(監護する親族を含む)

氏名	続柄	年齢	職業等	備考

2 主訴(申請の経緯、目的等)

3 各種障害者手帳、年金等の有無

身体障害者手帳	有 / 無			
	手帳番号	第	号	種別等級
	交付年月日	昭和・平成・令和 年		再認定の時期
	障害名	令和 年 月 日		

保健福祉手帳 (精神障害者)	有 / 無			
	手帳番号	第	号	手帳程度
	交付年月日	令和 年 月 日		
	診断名	1級・2級・3級		

諸年金・特児手当 有 障害基礎年金・特別児童扶養手当 () 級 / 無

4 18歳までに遅れがあった事実(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 / 無		
相談機関名	知能指数等参考事項		期 間		
			S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
			S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
			S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
6 学歴					
小学校 (通常学級・特別支援学級・特別支援学校・就学免除)	学校名:		小学校		
中学校 (通常学級・特別支援学級・特別支援学校・就学免除)	学校名:		中学校		
高等学校・各種学校・特別支援学校高等部	学校名:		科 (卒業・中退)		
その他 ()					
7 障害福祉サービスの利用歴			有 / 無		
事業所名 (施設名)	入所・通所 (サービスの種別)		期 間		
	入所・通所 ()		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
	入所・通所 ()		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
	入所・通所 ()		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
	入所・通所 ()		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
8 入院歴及び通院治療歴			有 / 無		
医療機関名	入院・通院	病名・症状等	期 間		
	入院・通院		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
	入院・通院		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
	入院・通院		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
	入院・通院		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
9 職歴			有 / 無		
会社名	職種・仕事の内容		期 間		
			S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
			S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
			S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
			S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
10 婚姻歴			有 / 無		
相手方氏名	子ども		期 間		
	有 人 / 無		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
	有 人 / 無		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
	有 人 / 無		S・H・R 年 月～S・H・R 年 月		
11 生計 (生活費)					
<input type="checkbox"/> 就労賃金 (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	年 月 日	調査者	所属	電話番号	
			職氏名		