

(表)

年 月 日

調 査 票

ふりがな

記入者氏名

面接の参考にさせていただきますので、以下の事項について分かる範囲でご記入ください。

1 家族状況

家 族 状 況	本人との 続柄	氏 名	生年月日	年齢	職 業 等	家 系 図
	本人					
申請者又は保護者と連絡の取りやすい曜日、時間帯			曜日 時 分から 時 分 ころ 連絡先(携帯等)			

2 生育歴 ※再判定申請のときは記入不要です。

< 妊娠中 > 母体の疾患 (無 ・ 有) 妊娠悪阻(つわり) (無 ・ 有) 妊娠中毒 (無 ・ 有)

< 出産時 >

< 新生児期 >

在胎期間	妊 娠 週 (第 月)		哺乳力	弱 ・ 普通 ・ 強
分娩の経過	正 常	難産 早産 逆子 鉗子 吸引 臍帯経絡 帝王切開 仮死 その他()	黄 疸	なし ・ 普通 ・ 強
	異 常		保育器使用	なし ・ あり (日間)
出産時の体重	g		その他	

< 乳児期 >

- ・ 授乳の状況 : 母乳 ・ 混合 ・ 人工
- ・ 3か月微笑(あやすと笑う) : なし ・ あり
- ・ 睡眠の状況 : 寝つき 良い ・ 悪い ・ 夜泣き : なし ・ 普通 ・ 多い
- ・ 8か月不安(人見知り) : なし ・ あり
- ・ 睡眠の規則性 : あり ・ 不規則
- ・ 始 語(はじめてのことば) : か月
- ・ 首のすわり : か月
- ・ 始 歩 : か月
- ・ ひきつけ : なし ・ あり

< 幼児期の様子 > (遊び方・問題行動等)
< 小学校期の様子 > (学歴 (普通 ・ 特別支援学級の別 ・ 適応状況等)
< 中学校期の様子 > (学歴 (普通 ・ 特別支援学級の別 ・ 適応状況等)

(裏)

3 生活歴、職歴、施設への入所・通所 等 (卒業後の様子)

--

4 医療機関受診歴

医療機関名	受診期間	診断名・受診頻度・投薬等
	～	
	～	
	～	
	～	
	～	

5 家庭での生活状況(交付申請の場合は、申請理由もご記入ください。)

具体的に記入 (生活環境・本人や家族が抱える問題事項 等)

6 受給している手当、年金があれば受給開始時期を教えてください。

区分	特別児童扶養手当	障害基礎年金	障害児福祉手当	特別障害者手当	介護手当
有・無	有 級・無	有 級・無	有・無	有・無	有・無
受給開始時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

7 現在までに医療機関(病院・診療所)又は教育機関(学校)等で検査を受けましたか。

ア ある (検査を受けた機関 検査年月 年 月) イ ない

検査名【 鈴木ビネー ・ 田中ビネーV ・ 田中ビネー全訂版 ・ WPPSI ・ WISC-IV ・ WAIS-III ・ 遠城寺式 ・ 新版K式 ・ わからない ・ その他()】

検査結果の持参 【 可 ・ 不可 】

8 身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。

ア はい (身体 級 ・ 精神 級) イ いいえ

本票は、静岡県療育手帳交付規則第4条の規定による療育手帳交付申請書、同規則第12条の規定による再判定申請書を提出するときに、記入の上添付してください。