

(表)

記入者氏名を記入してください。(保護者の方等)

令和〇年 〇月 〇日

調査票

再判定申請の場合、2番は記入不要です。

ふりがな 〇〇 〇〇

記入者氏名 〇〇 〇〇

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

本人との続柄	氏名	生年月日	年齢	職業等	家系図
本人	〇〇 〇〇	H〇.〇.〇	〇	学生	
父	〇〇 〇〇	S〇.〇.〇	〇	会社員	
母	〇〇 〇〇	H〇.〇.〇	〇	パート	
妹	〇〇 〇〇	R〇.〇.〇	〇	園児	
申請者又は保護者と連絡の取りやすい曜日、時間帯		〇曜日 〇時 〇分から 〇時 〇分ころ 連絡先(携帯等)〇〇			

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 〇 週 (第 〇 月)	哺乳力	弱 ・ 普通 ・ 強
分娩の経過	正常	黄疸	なし ・ 普通 ・ 強
	異常 難産 早産 逆子 鉗子 吸引 臍帯経絡 帝王切開 仮死 その他()	保育器使用	なし ・ あり (日間)
出産時の体重	〇〇〇〇g	その他	

< 乳児期 >

- 授乳の状況 : 母乳 ・ 混合 ・ 人工
- 睡眠の状況 : 寝つき 良好 ・ 悪い ・ 夜泣き : なし ・ 普通 ・ 多い
- 睡眠の規則性 : あり ・ 不規則
- 首のすわり : 〇か月
- 3か月微笑(あやすと笑う) : なし ・ あり
- 8か月不安(人見知り) : なし ・ あり
- 始語(はじめてのことば) : 〇か月
- 始歩 : 〇か月
- ひきつけ : なし ・ あり

< 幼児期の様子 > (遊び方・問題行動等)

手帳の交付を受けようとする本人の年齢・環境に応じて記入してください。

〇〇

< 小学校期の様子 > (学歴 (普通 ・ 特別支援学級の別 ・ 適応状況等)

〇〇

< 中学校期の様子 > (学歴 (普通 ・ 特別支援学級の別 ・ 適応状況等)

〇〇

(裏)

3 生活歴、職歴、施設への入所・通所 等 (卒業後の様子)

〇〇

本人が施設入所等をしている (していた) 場合、
入所中の様子や退所後の様子等を記入してください。

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
〇〇病院	R〇.〇.〇~R〇.〇.〇	〇〇病 月〇回受診 投薬なし
	~	
		直近 (約 1 年以内) の知的に関する受診歴等が ありましたら記入してください。
	~	

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)

・〇〇を伝えても理解できない。
・〇〇ができない。
・落ち着きがない。 等

【重要】

本項目は必ず記入してください。面談時及び手帳の
の障がい程度判定における重要な項目になります。

本人がご家庭で生活している際の状況や、ご家族が
気になる点等を記入してください。

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	有〇級・無	有 級・無	有・無	有・無	有・無
受給開始時期	R〇年 〇月	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

検査結果の持参【 6・7・8番は、当てはまるものがありましたら記入してください。
7番でいずれかの検査を受けたことがある方は、受けたことがない検査
を面談時に実施できるため、可能な限り検査結果を持参してください。

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。