様式第２号(用紙 日本産業規格Ａ４縦型)

(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

	本人との続柄	氏　　名	生年月日	年齢	職　業　等	家　　系　　図
家族状況	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 〉つわり：軽 ・ 普通 ・ 重　　妊娠中毒：無 ・ 有　　母体の疾患 ：無 ・ 有

〈 出産時 〉

在胎期間	妊 娠　　か月（　第　　週　）	
分娩の経過	正　常	難産　早産　逆子　鉗子　吸引　臍帯經絡
	異　常	帝王切開　　仮死　　その他(　　)
出産時の体重	g	

〈 新生児期 〉

黄疸	なし・普通・強
ひきつけ	なし ・ 有
保育器使用	なし・あり(　　日間)
その他	

〈 乳児期 〉

首のすわり：（　　か月）　　３か月微笑(あやすと笑う)：有　　か月 ・ あまり笑わない

始語：　　か月　はじめてのことば：（　　）　　始歩：　　か月

人見知り：過敏 ・ 普通 ・ なし　後追い：過敏 ・ 普通 ・ なし　かんが強い：有 ・ 無

睡眠の状況：寝つき 良い・悪い　　夜泣き なし・普通・多い　　不規則 有 ・ 無

〈　幼児期の様子　〉　遊び方・問題行動等
〈　小学校期の様子　〉　学歴　学級（普通・特別支援学級（情緒・知的））　成績　適応状況等
〈　中学校期の様子　〉　学歴　学級（普通 ・ 特別支援学級（情緒・知的））　成績　適応状況等

（裏）

3　中学卒業後の様子（生活歴、学歴、職歴、施設への入所・通所等）

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、年金など

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 現在までに児童相談所・知的障害者更生相談所以外（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（　　）　・ WPPSI ・ WISC-（　　）　・　WAIS-（　　）

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

9　使用言語等の確認

国籍	言語	日本語での会話（保護者）	日本語での会話（本人）	通訳の同行	車椅子の配慮
	□ポルトガル語 （　　）語	可・不可	可・不可	可・不可	□ 必要

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。