

(様式第3号)

知的障がい者調査書(療育手帳がある方用)

市町村調査日		年 月 日		市町村担当者		(所属)		(氏名)	
センター調査日		年 月 日		センター担当者		(所属) 知的障がい者福祉課		(氏名)	
本人	ふりがな				男・女	生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名								
	住所	〒					電話	携帯	
保護者	ふりがな				続柄	(緊急) 連絡先	電話		
	氏名						携帯		
	住所	<input type="checkbox"/> 本人に同じ 〒							
相談に至る経過									
				相談者	(氏名)		(続柄等)		
家族の状況	氏名	続柄	生年月日	年齢	同・別居	学歴	職業	健康状況・遺伝関係・備考等 (死亡の場合は死亡時年齢・死因)	
		本人							
		実父							
		実母							
		父母の血縁関係		出身地 (父) (母)		妊娠時の年齢 (父) 歳 (母) 歳			
生 育 歴	学校歴	・高校 [高校(科)、 養護学校] 卒業・中退(年時) (成績) (出欠)							
		・その他の学校等()							
		・交友、集団参加、家庭生活等()							
	(特記事項)								
	施設入所歴	名称					期間	～	
								～	
								～	

生	医療 の状況	診 断 名		医 療 機 関 名	入・通院別	入・通院の期間(年・月)			
					入院・通院		～		
					入院・通院		～		
	育	社会 生活	婚姻歴	有・無 ・回数 回 ・結婚期間					
職 歴			有 ・ 無	会社名等職場の名称	仕事の内容	就労期間(年・月)		離職理由	
						～			
成人期の特記事項									
本 人 の 現 況	療育手帳	無・有 [A (最重度・重度) B (中度・軽度)]			交付日	年 月 日			
		判定 日	年 月 日	判定 機 関		IQ	判定結果		
			年 月 日			IQ	判定結果		
	身体障害 者手帳	有 (種 級) ・ 無			交付日	年 月 日			
		障がい名							
	精神障害者 保健福祉手帳	有 (級) ・ 無			交付日	年 月 日			
	年金等	特別児童扶養手当	有 (級) ・ 無		生 保 受 給	有 ・ 無			
		障害基礎年金	有 (級) ・ 無						
	自立支援給付	有 () ・ 無							
	障害者総合 支援法上の サービスの 利用状況	支援区分	未・非・1・2・3・4・5・6						
サービスの種類		事業所名		利用期間					
					～				
					～				
問題行動									
家 族 ・ 社 会 関 係	家庭内の適応状況								
	本人の存在が家族 に及ぼす影響等								
	近隣・地域社会との 関係(本人・家族)								
今 後 の 希 望	本 人								
	保 護 者								
市 町 村 の 意 見 ・ 今 後 の 指 導 方 針									