

療育手帳調査表 (再判定資料)

本人氏名	生年月日	住所
記入者氏名	本人との関係	記入年月日 令和 年 月 日

あてはまるものに○をつけ、記入してください。

療育手帳番号、前回判定を記入してください	手帳番号 第 号 前回判定 (A・B・C) 年 月 日判定
身体障害者手帳があれば記入してください	手帳番号： 第 号 交付日： 年 月 日 種 級 障害名：
精神障害者保健福祉手帳があれば記入してください	手帳番号： 第 号 交付日： 年 月 日 級
健康は？	1 とても健康 2 たまに風邪をひくくらい 3 月に一度ぐらい病気をする (風邪、下痢など) 4 病弱 5 病気あり (症状： )
病院等にかかっていますか？	1 定期的にはない 2 定期的に通院している } (2～4の場合) 病院名： 3 定期的に往診を受けている } 診療科名： 4 入院している } 年 月頃から (2、3の場合) 訪問看護 (有・無)
ひきつけ (てんかん発作) について	ひきつけがありますか？ 1 ない 2 ある→発作の回数： 日・週・月・年に 回 発作の様子：
	ひきつけ止めの薬は？ 1 飲んでいない 2 飲んでいる
医療看護が必要なことはありますか？	1 ない 2 ある→ (人工呼吸器・たんの吸引・その他： )
生活している場所は？	1 自宅 (賃貸住宅を含む) →ホームヘルプサービスの利用 (有・無) 2 会社等の寮 3 入所施設 (施設名 ) 4 グループホーム・ケアホーム 5 入院中 6 その他 ( )
平日の昼間、主に活動したり過ごしたりしている場所は？	1 学校に通っている (学校名 ) 2 会社などに勤めている (勤務先の名称 ) 3 福祉サービス事業所 (就労継続支援、就労移行支援、小規模作業所など) で働いている (事業所の名称 ) 4 福祉サービス事業所 (生活介護、機能訓練、生活訓練など) に通っている (事業所の名称 ) 5 自営業・家業の手伝い・家で内職 6 自宅や入所施設などの生活の場で昼間も過ごしている 7 その他 ( )
家事はしますか？	1 家事全般をする 2 決まった役割がある 3 言えば手伝いはする 4 しない
生活の時間帯は規則的ですか？	1 起床・就寝・食事時間など、一定している 2 夜寝られなかったり、食事をとらなかったりすることがある
自由時間・余暇は何をして過ごしていますか？	

手足の不自由がある方はその程度に○をつけてください	手の運動	1 両手とも物をつかめない 3 両手とも物をつかめる	2 片手は物をつかめる 4 それ以上
	移動	1 寝たきり 5 伝い歩きができる	2 寝返りができる 6 歩ける・それ以上
	補装具の使用（杖・下肢装具・車椅子・電動車椅子・その他： ）		
次のようなことがあれば○をつけてください	・落ち着きがなく、無意味に動きまわる ・人をつたいたり、かんだり、乱暴する ・自分の体をたたいたり、かんだり、髪を抜いたりする ・その他、気になる行動はありますか？（ ）		

日常生活の状況はいかがですか？	<食事> 1 箸でこぼさず食べる 2 箸を使うがこぼす 3 スプーンで食べる 4 介助して食べさせる 5 経管栄養又は胃ろうなど	<着衣> 1 場面や気候に合わせた服を自分で選んで着る 2 寒暖の調節や前後・裏表の間違いに助言が必要 3 その日の服を選んでもらって着る 4 ボタンなどに介助が必要 5 着替えの動作全てに介助が必要	<コミュニケーション> 1 電話で伝言を聞いて伝えられる 2 日常の会話は不自由しない 3 身の回りの出来事を話せる 4 単語程度で答える 5 体の動きや絵カード、意思伝達装置など言葉以外の方法で意思表示する 6 上記のことはできない
	<入浴> 1 一人で入浴している 2 発作などがあり見守りが必要 3 頭髪や背中など部分的に介助が必要 4 全て介助が必要	<お金> 1 持っているお金の範囲で計画的に使える 2 代金に合わせて小銭を払える 3 千円札などの大きい札を出し釣りをもらう 4 1人で買い物はできない 5 お金は分からない	<文字> 1 助詞も正しく文章が書ける 2 なんとか通じる文章を書く 3 簡単な漢字を書ける 4 漢字で自分の名前を書ける 5 上記のことはできない
	<排泄> 1 自立 2 自分ですが、下着が汚れていることがある 3 後始末に介助が必要 4 もらすことがある 5 全て介助が必要	<外出> 1 初めての所へ一人で行ける 2 公共交通機関を利用して決まった場所に1人で行ける 3 徒歩か自転車で決まった場所に1人で行ける 4 1人で外出できない	<数> 1 簡単な掛け算ができる 2 10を超える足し算または引き算ができる 3 1桁の足し算または引き算ができる 4 10程度の物を数えられる 5 数は分からない

◎前回手帳の判定を受けた時と比べて変化したことがありますか？

- 1 ない 2 ある→内容：

◎本人や家族のことで、相談したいことがありますか？

- 1 ない 2 ある→内容：

◎18歳到達後に児童・障害者相談センターの療育手帳再判定の面接を受けたことがありますか？

- 1 ない→面接の予約を取ってください  
2 ある→書面での判定が可能です（面接が必要な場合はご連絡します）

◎家族構成

続柄	氏名	生年月日	職業	続柄	氏名	生年月日	職業

市町村担当者記入欄（必ず記入してください）

面接の有無（□にチェックしてください）  
あり→面接日  
 （ 月 日 時 分から）  
なし→□本人・保護者の意向を確認済み

担当者所見

市町村名 担当者名