療育手帳交付申請資料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人氏名（ふりがな） | 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。

|  |  |
| --- | --- |
| 療育手帳取得の  目的は？ |  |

◎本人の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 生育歴 | * お腹にいる間は‥‥１異常なし　　２異常あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　） * お腹にいた期間は‥（　　　）か月 * お産は‥‥‥‥‥‥１安産だった　　２時間がかかった　　３早期破水   　　　　　　　　　４鉗子　　　　　５吸引　　　　　　　６帝王切開  　　　　　　　　　７その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * 生まれたときは‥‥体重（　　　　　）ｇ   　　　　　　　　　１元気だった　　　２生まれてすぐ泣かなかった  　　　　　　　　　３黄疸があった　　４保育器に入った（　　　）日間  　　　　　　　　　５その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * 首のすわりは‥‥‥（　　　）歳（　　　）か月 * 歩き始めは‥‥‥‥（　　　）歳（　　　）か月 * 片言を話すようになったのは‥‥‥‥（　　　）歳（　　　）か月 * 保育園、幼稚園は‥（　　　）年間通った * 小学校‥‥‥‥‥‥（　　　　　　　　　　　）小学校　　１普通学級　２特別支援学級 * 中学校‥‥‥‥‥‥（　　　　　　　　　　　）中学校　　１普通学級　２特別支援学級 * 高校等‥‥‥‥‥‥（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * 専門学校等‥‥‥‥（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） * 学校の成績は‥‥‥１良い方だった　　２普通だった　　３悪かった * 生まれてから子供時代に   　１大きな病気をした　（　　歳頃：病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　２頭にけがをした　　（　　歳頃）  　３ひきつけがあった　（　　歳から　　歳：回数、頻度　　　　　　　　　　　　　）   * 発達の遅れに関して病院その他の相談機関に相談したことが   　１ない  　２ある（　　歳頃：相談機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　（相談結果・診断は　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * その他特記事項 | |
| 学校卒業後の経歴  および現況 |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院にかかっていますか | | | | １　ない  ２　定期的に通院している　　　　　年ごろから  （病院名：　　　　　　　　診療科名：　　　　　　　　　　　）   1. 入院している→理由： | | | | | | | | |
|
|
| 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   1. 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・余暇は何をしていますか | | | |  | | | | | | | | |
| 次のようなことがある場合は、その程度に○をつけてください | | 落ち着きがなく、無意味に動きまわる･･････････････････････１ある　　２時々ある　　３ない  人をたたいたり、かんだり、乱暴する･･････････････････････１ある　　２時々ある　　３ない  物を投げて壊したり、衣服を破ったりなどする･･････････････１ある　　２時々ある　　３ない  自分の体をたたいたり、かんだり、髪を抜いたりなどする････１ある　　２時々ある　　３ない  やたらに物を貯めこむ････････････････････････････････････１ある　　２時々ある　　３ない  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 | | | | | ＜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会話は難しい | | |
| ＜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  ４1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自分でするが、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  ４1人で外出できない | | | | ＜数＞  １簡単な掛け算ができる  ２10を超える足し算または引き算ができる  ３1桁の足し算または引き算ができる  ４10程度の物を数えられる  ５数は分からない | | |
| ◎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（□にチェックし、担当者所見を記入して下さい）   * 本人に対して、知的障害・手帳制度・センターで知能検査（1時間半程度）を実施することを説明済み * 保護者に対して、知的障害・手帳制度・センターで面接があることを説明済み | | | | | | | | | | | | |
| 担当者所見 | | | | | | | | | | | | |
| 市町村名　　　　　　　　　　　　　　担当者名 | | | | | | | | | | | | |