

相談情報シート

(記入日) 令和 年 月 日

◎相談者氏名・連絡先（相談者をご本人の場合は省略可）

ふりがな		関係 続柄	
お名前			
住 所	〒		
自宅 TEL		携帯 TEL	

◎ご本人氏名・連絡先

ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他
お名前			
住 所	〒		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日（ 歳）
自宅 TEL		携帯 TEL	

◎家族構成

続柄	お名前	世帯	続柄	お名前	世帯
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居

◎ご相談内容

--

※わかる範囲でご記入ください

◎発達障害の診断…診断なし/診断あり

診断名	診断時期	診断機関（担当医師）
発達検査・知能検査の状況（時期、検査名、結果）		

◎発達障害以外の病歴…病歴なし/病歴あり

病名	時期	病院名
	～	
	～	

◎手帳・年金・福祉サービス等

手帳	<input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A/ <input type="checkbox"/> B） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（等級： ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（等級： ）
障害年金等	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 障害基礎年金（等級： ） <input type="checkbox"/> 障害厚生年金（等級： ）

◎ご所属（保育園、幼稚園、学校、勤務先など）…所属なし/所属あり

機関名

◎現在利用している相談・支援機関等について…利用機関なし/利用機関あり

機関名	担当者名	利用開始時期

※個人情報の取り扱いについて

山口県発達障害者支援センター(「以下、センター」)では、発達障害者支援法の一部を改正する法律(平成28年8月1日施行)に基づき、支援を適切かつ効果的に行うため、関係機関と連携することが必要であると考えております。そのため、相談内容によっては相談情報シート及びその他の個人情報等について、ご本人・ご家族の同意のもと、関係機関に提供させていただくことがあります。

ただし、緊急性(例:生命の危険性がある、触法行為など)があると判断した場合、上記に関わらず関係機関に連絡をさせていただく場合がありますので、ご理解の程よろしくお願い致します。

また、当センターで取得した個人情報の保護・管理につきましては、社会福祉法人ひらきの里個人情報保護方針に基づいた取り扱いとさせていただきます。

上記のことについて同意いたします。

(記入日) 令和 年 月 日

氏名		続柄	
住所			
連絡先	<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 自宅		