

(様式第6号)

知的障害者(児)相談記録票

令和・西暦 年 月 日作成

福祉事務所				担当者名：		
本人	ふりがな 氏名		生年 月日	S・H・R・西暦 年 月 日 (才)	性別	男・女
	住所	〒	電話	()	-	
			学校名および学年・勤務先・利用福祉サービス等			
保護者	ふりがな 氏名		生年 月日	S・H・R・西暦 年 月 日 (才)	続柄	
	住所	〒	電話	()	-	
			勤務先			
家族 状況	続柄	氏名	生年月日	職業	備考	
関係 係者	続柄	氏名	現住所		電話	
					() -	
					() -	
生育 歴	・出産状況：安産・難産（鉗子・吸引・切開）・仮死・早産__か月頃 ・出生時体重：(g) ・出生時異常：無・有（状況） ・首のすわり：__か月頃・始歩：__か月頃・始語：__か月頃 ・ひきつけ：無・有（熱を伴う・熱を伴わない） __才__か月～__才まで続く 頻度は年__回 ・その他、幼児期の病気 ()					
教育 歴	・保育所等： (保育園・幼稚園・こども園・幼保園・その他____) ・小学校： 小学校（普通・特別支援学級）（成績） ・中学校： 中学校（普通・特別支援学級）（成績） ・高等学校： 高等学校 ・特別支援学校： 特別支援学校（小学部・中学部・高等部）					

