１．基本情報（目次）

* 1. 基本情報
	2. 心理検査、発達検査、知能検査一覧

１－１．基本情報

記入日：　　　　　　年　　　　　　月

■ご本人について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 | 生年月日 |
| 氏名 |  | 男　・　女 | 　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 | （自宅） |
| （携帯）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　父　・　母　・　本人　・　その他（　　　　）　） |

■家族構成

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 続柄 |  | 続柄 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

■診断名　※診断書があれば次ページに綴って下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 | 備考 |
| 例：　自閉スペクトラム症 | R〇年〇月　　　〇〇クリニック |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

■手帳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種　別 | 有　無 | 等　級 | 手帳番号 |
| 療育手帳 | 有　・　無 | A　（　最重度　／　重度　）　B　（　　中度　／　軽度　） | 第　　　　　　　　号 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 有　・　無 | 1級　・　2級　・　3級 | 第　　　　　　　　号 |
| 身体障害者手帳 | 有　・　無 | 　　　　　種　　　　　　級 | 第　　　　　　　　号 |

**＊必要に応じて（記載情報の変更、追加があったときなど）追記、差し替えしてください。**

氏名：

１－２．心理検査、発達検査、知能検査等一覧

※検査結果があれば次ページにつづって下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査日 | 検査名 | 結果など | 実施機関 |
| R〇年〇月〇日 | 田中ビネーV | IQ98言葉での表現が苦手 | 〇〇クリニック |
| 　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　年　　月　　日 |  |  |  |
| 　年　　月　　日 |  |  |  |