

年 月 日

票 查 調

ふりがな

記入者氏名

面接の参考にさせていただきますので、以下の事項について分かる範囲でご記入ください。

1 家族状況

家族状況	本人との続柄	氏 名	生年月日	年 齢	職 業 等	家 系 図
	本人					
申請者又は保護者と連絡の取りやすい曜日、時間帯				曜日 時 分から 時 分ころ 連絡先(携帯等)		

2 生育歴 ※再判定申請のときは記入不要です。

＜妊娠中＞つわり：軽・普通・重

妊娠中毒：無 ・ 有

母体の疾患：無・有

＜ 出産時 ＞

＜ 新生児期 ＞

在胎期間	妊 娠	か 月 (第 週)	黄疸	なし・普通・強
分娩の 経過	正 常	難産 早産 逆子 鉗子 吸引 臍帯経絡 帝王切開 仮死 その他()		
	異 常		ひきつけ	なし ・ 有
			保育器使用	なし・あり(日間)
出産時の 体重	g		その他	

＜乳児期＞

首のすわり：（ か月） 3か月微笑（あやすと笑う）：有 か月 ・ あまり笑わない

始語： か月 はじめてのことば： () 始歩： か月

人見知り：過敏 ・ 普通 ・ なし 後追い：過敏 ・ 普通 ・ なし かんが強い：有 ・ 無

睡眠の状況：寝つき 良い・悪い 夜泣き なし・普通・多い 不規則 有 ・ 無

＜ 幼児期の様子 ＞ 遊び方・問題行動等

＜ 小学校期の様子 ＞ 学歴 学級（普通・特別支援学級（情緒・知的）） 成績 適応状況等

＜ 中学校期の様子 ＞ 学歴 学級（普通・特別支援学級（情緒・知的）） 成績 適応状況等

(裏)

3 中学卒業後の様子（生活歴、学歴、職歴、施設への入所・通所等）

--

4 医療機関受診歴

医療機関名	受診期間	診断名 ・ 受診頻度 ・ 投薬 等
	～	
	～	
	～	
	～	

5 家庭での生活状況（交付申請の場合は、申請理由もご記入ください。）

具体的に記入（生活環境・本人や家族が抱える問題事項 等）

--

6 受給している手当、年金など

区分	特別児童扶養手当	障害基礎年金	障害児福祉手当	特別障害者手当	介護手当
有・無	有 級・無	有 級・無	有・無	有・無	有・無
受給開始時期	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月

7 現在までに児童相談所・知的障害者更生相談所以外（医療機関(病院・診療所)又は教育機関(学校)等）で検査を受けましたか。

ア ある（検査を受けた機関 検査年月 年 月） イ ない
検査名【 鈴木ビネー ・ 田中ビネー（ ） ・ WPSI ・ WISC-（ ） ・ WAIS-（ ）
遠城寺式 ・ 新版 K 式 ・ わからない ・ その他（ ）】
検査結果の持参 【 可 ・ 不可 】

8 身体障害者手帳や精神障害者保健福祉手帳をお持ちですか。

ア はい（身体 級 ・ 精神 級） イ いいえ

9 使用言語等の確認

国籍	言語	日本語での会話 (保護者)	日本語での会話 (本人)	通訳の同行	車椅子の配慮
	☐ ポルトガル語 () 語	可・不可	可・不可	可・不可	☐ 必要

本票は、静岡県療育手帳交付規則第4条の規定による療育手帳交付申請書、同規則第12条の規定による再判定申請書を提出するときに、記入の上添付してください。