情報提供書

平成　　　年　　　月　　　日

貴事業所名：

ご担当者名：

ご連絡先電話番号：

１．ご相談者様について　※ご本人様が相談される場合は、記入の必要はありません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  相談者氏名 |  | 本人との  続柄 |  |

２．ご本人様について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  本人氏名 | □男性　□女性 | | 生年月日 | □昭和  □平成　　　　年　　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　歳 |
| 住所 | 〒　　　　- | | | |
| 電話番号 |  | | 当センター  利用歴 | □有（前回　　　　年　　　月頃）  　　（担当者：　　　　　　　　）  □無 |
| 所属先  □在宅 | 就学前機関 | （□幼稚園　□保育園　□こども園　□児童発達支援センター（事業所）） | | |
| 学校 | （□普通　□特別支援学級　□特別支援学校：　　　年） | | |
| 職場 | （□一般枠正規　□一般枠非正規　□雇用枠正規　□雇用枠非正規） | | |
| 施設 |  | | |
| 診断名 | □有　診断名：　　　　　　　　　　　　（　　歳頃）（医療機関名：　　　　　　　　　　　）  □無　【□受診していない　□受診したが何も言われなかった】 | | | |
| 精神疾患 | □有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□無 | | | |
| 手帳 | □有【□療育　□精神　□身体　　手帳の程度：　　　　　　　　】  □無【□申請中　□申請したことがない　□申請したが取れなかった】 | | | |
| 年金 | □受給中【□障害基礎年金　□障害厚生年金】　　□申請中  □受けていない　　　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 家族構成 |  | | | |
| 通院状況 | □通院している　　　通院先：　　　　　　　　　　　【主治医：　　　　　　　】  　　　　　　　　　　通院頻度：月　　　回　　　　　　服薬：□有　　　□無  □通院していない | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 知能・心理  検査 | 現在までに受けた知能・心理検査の結果についてご記入ください。  名称：　　　　　　　　　　　　　　（実施年齢：　　　　　　）  結果： | |
| てんかん発作 | □有（年齢：　　　）　　　　　　　　　□無 | |
| 他の関係機関  の利用状況 | 機関名： | 利用状況： |
| 機関名： | 利用状況： |
| 機関名： | 利用状況： |
| ご本人の  経過  （生育歴等） |  | |
|  | |
|  | |

３．現在の課題について

|  |  |
| --- | --- |
| 相談者主訴 |  |
|  |
| 貴事業所での  これまでの対応 |  |
|  |
| 貴事業所から  CASへの  依頼内容 |  |
|  |

４．就労相談をご希望の場合、以下の項目をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 経歴 | 最終学歴：  □卒業　□中退　□在学中 |
| 職歴： |
| 就労関係施設利用歴： |
| 就労に際しての配慮事項 |  |

※この資料は、貴事業所とCASとの連携における参考情報とさせていただきます。情報提供およびその内容につきましては、事前にご本人に説明の上、ご了解いただくようお願いいたします。

※ご提供いただいた個人情報は、相談支援の目的以外には利用いたしません。

※原則郵送にてお送りください。FAXの場合は、個人名・住所・電話番号等の個人情報を伏せた形でご送付ください。