

相談の記録

相談機関名	〇〇保健センター		
相談日	H〇. 〇. 〇	担当者名	〇〇さん
相談の内容	3歳児健診でさぼとの発達について相談。〇月〇日に精神発達相談を受けた。かんしゃくを起こしやすいこと、興味を持ちやすい遊びについて相談。		

相談機関名	相談室〇〇		
相談日	H〇. 〇. 〇	担当者名	〇〇さん
相談の内容	児童発達支援に通うことについて相談		

お子さんのことを相談した機関や内容を記載します。  
検査の結果や資料がある場合には、ファイルと一緒に綴っておくと活用しやすくなります。

相談機関名			
相談日		担当者名	
相談の内容			

## 関係機関の情報（福祉・医療・保育・教育）

機 関 名	〇〇診療所
期 間	H〇. 〇月～
担 当 名	〇〇医師
備 考	

過去に通っていたところも含め、医療機関や療育機関、学校などの名前を記入します。  
時系列で記入すると、経過が支援機関に伝わりやすくなります。  
シートが足りない場合はページを追加します。

機 関 名	児童発達支援〇〇
期 間	H〇. 〇月～H〇. 〇月
担 当 名	〇〇さん
備 考	

機 関 名	〇〇幼稚園
期 間	H〇. 〇月～
担 当 名	〇〇先生
備 考	

## 手帳等の交付

手帳の種類	等級	障がい名	交付日等
身体障害者 手帳			年 月 日 年 月 日
療育手帳	B-		取得 ○年 ○月 ○日 年 月 日
精神保健 福祉手帳			取得 年 月 日 年 月 日

手帳の内容を記入します

## 福祉サービス等の利用状況

障害程度区分	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6	
サービスの種類	実施事業者	備 考 (支給期間・支給量・利用量等)
介護給付		
訓練等給付		
障害児通所給付 ・ 障害児入所給付	児童デイサービス○○	H○. ○. ○まで 月 14 日 (月・水・金)
地域生活支援事業		
その他 (医療制度・年金等)		

利用しているサービスを記載します。  
支給期間・支給量は、障がい福祉サービス受給者証、通所支援受給者証の内容を参考に記入します。