

日常生活等状況調査票

記入者氏名 _____

本人氏名 _____

療育手帳の判定の際に参考にしますので、次の事項について、該当する番号を○（丸印）で囲んでください。

1 これまでに、次の機関で心理検査を受けたことがありますか。

(1) 秋田県立医療療育センター（旧秋田県小児療育センター）

1 はい 2 いいえ

「1 はい」の場合 時期： _____ 年 _____ 月

(2) 秋田県発達障害者支援センター（ふきのとう秋田）

1 はい 2 いいえ

「1 はい」の場合 時期： _____ 年 _____ 月

2 学校に通学又は就労していますか。

1 はい 2 いいえ

「1 はい」の場合 学校（勤務先）の名称： _____ （ _____ 年）

3 施設等に入所又は通所していますか。

1 はい 2 いいえ

「1 はい」の場合 施設等の名称： _____

入所した時期： _____ 年 _____ 月

4 病院に入院又は通院していますか。

1 はい 2 いいえ

「1 はい」の場合 病院の名称： _____

入院した時期： _____ 年 _____ 月

病名： _____

5 身体障害者手帳を所持していますか。

1 はい 2 いいえ

「1 はい」の場合 手帳番号： 第 _____ 号

種別等級： _____ 種 _____ 級

障害名： _____

再認定の時期： _____ 年 _____ 月

6 精神障害者保健福祉手帳を所持していますか。

1 はい 2 いいえ

「1 はい」の場合 手帳番号： 第 _____ 号

障害等級： _____ 級

初回交付日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 裏面も記入してください。

