

情報提供書

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