**記入日：令和　　年　　月　　日**

**個別支援申込票**

**記載者：**

**所属先：**

**対象者との関係：**

**●対象者について**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日（年齢） | | 性　別 | 所　属 |
| 氏　名 |  | 年　　月　　日  　　　　　　　（　　　歳） | | 男・女 |  |
| 住　所 | 〒  TEL： | | | | |
| ・発達障害の診断：□診断あり　　□疑い　　□未診断 | | | | | |
| □自閉症/自閉スペクトラム症　□高機能自閉症　□アスペルガー症候群　□広汎性発達障害  □ADHD　　□LD　　□その他(　　　　　　　) | | | | | |
| 診断機関： | | | 診断時期： | | |
| ・家族構成について | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 続　柄 | 氏　名 | 年　齢 | 職業・学年 | 同居・別居 |
| 父 |  |  |  | 同　・　別 |
| 母 |  |  |  | 同　・　別 |
|  |  |  |  | 同　・　別 |
|  |  |  |  | 同　・　別 |
|  |  |  |  | 同　・　別 |
|  |  |  |  | 同　・　別 |
| 家庭環境・生育環境の特記事項など | | | | |
| ・発達障害以外の通院歴について | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関 | 診断名 | 治療期間 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 服薬：□あり　　□なし  内容： | | |

**●支援依頼理由について**

|  |
| --- |
| （１）具体的にはどのようなことですか。 |
| （２）それはいつからですか。また、変化してきている場合は経緯をお書きください。 |
| （３）どんな場面でよく起こりますか。（時間帯や場所、業務（活動）の種類、相手などをお書きください。） |
| （４）（１）（２）に対する関係者の対応 |

**●所属先での状況について**

|  |
| --- |
| （１）業務内容または活動内容（所属年数なども含む） |
| （２）一日の流れ |
| （３）本人の良いところ・頑張っているところ |
| （４）本人の苦手なところ・直してほしいところ |

書ききれない場合や、その他の情報などございましたら、別紙添付をお願いいたします。

（様式は問いません。）　　