

相談者氏名		相談対象者との関係	
住所	〒	連絡先	

<相談対象者についてご記入ください>

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	年	月 日(歳)
住所	〒	TEL		
		FAX		
手帳	療育手帳 [A ・ B1 ・ B2 ・ 無] 精神保健福祉手帳 [1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 無]			
所属先名	(学校・職業・所属施設名等)	担任 担当者		
関係機関	医療機関：	[主治医： Dr.]	診断名：	
	相談機関等：		担当者：	
	その他：		担当者：	
確認事項	ご本人に対して、診断名を [伝えている ・ 伝えていない ・ 未診断]			
家族 構 成	氏名	続柄	年齢	職業・学校

<アクトおおさかに相談したいことや、困っていることについてご記入ください>

--

※ 相談受付票にご記入いただきました個人情報については、守秘義務のもと管理しております。

アクトおおさか来所相談以外での無断使用・引用・転載はご遠慮ください

<相談対象者についてご記入ください>

記入者名： _____

◇ 幼少から現在のご本人のご様子、ご相談や受診に行かれた機関等があれば簡単にご記入ください。

時 期	その時の様子	相談歴・受診歴
乳児期		
幼少期 _____ 保育園/幼稚園		
小学校 _____ 小学校		
中学校 _____ 中学校		
高校 _____ 校		
大学/専門学校 _____ 大学/短期大学 (_____ 学部) _____ 専門学校		
学校卒業後		
～現在		