

ふりがな		性別	年齢	生年月日
氏名		男・女	歳	年 月 日
住所	〒			
連絡先	TEL :		FAX :	
職業・学校				
手帳	療育手帳[B1・B2・無] 精神保健福祉手帳[3級・2級・1級・無]			
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:
家族構成	氏名	続柄	年齢	職業・学校
確認事項	家族は受診や相談していることを知っている ・ 家族には知られたくない			

<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。

記入者名： _____

◇幼少から現在のご様子について簡単にご記入ください（※不明なところは空白で結構です）。

時 期	その時の状況 (例：周囲の状況でわからなかったこと、好きだったこと等)	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		

記入者名： _____

◇あなたの現在の典型的な一日の過ごし方をご記入ください。

時間	平日	時間	休日
朝			
昼			
夕			

◇就労経験(アルバイト含む)についてお尋ねします。

就労経験 有・無

(※就労経験、有に○をされた方は、差し支えない部分で下記にご記入をお願いします)

年齢	働いた期間	店もしくは会社名	雇用形態	仕事の内容