

令和元年度第3回 徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会

日 時：令和2年3月13日（金）午後2時から4時まで
場 所：徳島県発達障がい者総合支援センター 多目的室

一 次 第 一

- 1 開 会
- 2 挨 拶
- 3 議 事

- (1) 令和2年度発達障がい関連施策について
- (2) 意見交換 ～ 各機関の取組と課題について ～
- (3) その他

***** 配布資料 *****

- ・ 次第
- ・ 徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会設置要綱
- ・ 徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会委員名簿
- ・ [資料1-1] 令和2年度発達障がい関連施策について
(発達障がい者総合支援センター)
- ・ [資料1-2] 令和2年度発達障がい関連施策について
(教育委員会)
- ・ [資料2] 相談者記入シート

徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会設置要綱

(設置)

第1条 発達障がい者の乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、医療、福祉、教育及び労働の関係部局、大学、親の会等の関係者からなる「徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会」（以下「検討委員会」という。）を設置する。

(検討事項)

第2条 この検討委員会は、発達障がい者への支援のため次の事項について検討等を行う。

- (1) 発達障がい者支援に関する施策の総合的かつ計画的な推進について
- (2) その他

(組織)

第3条 この検討委員会は、会長、副会長及びその他の委員をもって組織する。

2 委員は、徳島県知事が委嘱する

3 会長は、委員の互選により選出し、副会長は会長が指名する。

4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき又は欠けたときは、その職務を代理する。

(委員の任期等)

第4条 委員の任期は2年とする。ただし、欠員が生じた場合の補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任することができる。

(会議の運営)

第5条 検討会は、必要に応じて会長が招集する。

2 検討会の議長は会長がこれにあたる。

(関係者の出席)

第6条 会長が必要と認めたときは、関係者の出席を求め、意見を聞くことができる。

(検討部会・ワーキンググループ)

第7条 検討委員会の円滑かつ効率的な運営に資するため、また、実質的な検討作業を行うために検討部会（ワーキンググループ）を設けることができる。

(庶務)

第8条 検討委員会の庶務は、保健福祉部障がい福祉課及び発達障がい者総合支援センターにおいて処理する。

(雑則)

第9条 この要綱に定めるものの他、検討委員会の運営に関し必要な事項は、会長が定める。

附 則 この要綱は、平成17年11月28日から施行する。

附 則 この要綱は、平成20年3月27日から施行する。

附 則 この要綱は、平成26年1月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成27年5月1日から施行する。

徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会委員名簿

令和元年5月1日現在

区 分	所 属・職 名	氏 名
医 療 福 祉	徳島赤十字ひのみね総合療育センター 顧問	橋本 俊 顕
	徳島県医師会	井 崎 ゆみ子
	徳島県精神科病院協会 会長	櫻 木 章 司
大 学	鳴門教育大学大学院 教授	大 谷 博 俊
	徳島大学大学院 教授	奥 田 紀久子
	四国大学 准教授	前 田 宏 治
	徳島文理大学 准教授	富 樫 敏 彦
親 の 会 児童発達支援センター	徳島県自閉症協会 副会長	中 山 啓 子
	ねむのき 園長	栞 原 優 子
県民環境部	中央こども女性相談センター 副所長	三 宅 旨 抗
保健福祉部	精神保健福祉センター 所長	石 元 康 仁
労働部局	徳島労働局職業安定部職業対策課 課長	寒 川 浩 治
	徳島障害者職業センター 所長	森 下 明 実
	愛育会地域生活総合支援センター 所長	堤 美 代 子
教育委員会 (学校関係)	美馬市脇町幼稚園 園長	南 妃 佐 恵
	鳴門市第一中学校 校長	三 浦 克 彦
	徳島市城西中学校 校長	小 川 善 弘
	那賀高等学校 校長	乾 修 治
	鴨島支援学校 校長	久 田 眞 由 美
保 育 所	今津こどもセンター 所長	吉 本 るり子
保健所長会	吉野川保健所 所長	郡 尋 香
市 長 会	徳島市保健センター 所長補佐	森 史 子
町 村 会	神山町健康福祉課 課長	浦 山 恵 美

令和2年度発達障がい関連施策について (発達障がい者総合支援センター)

1 発達障がい支援機能強化事業

17,419千円

1 事業の目的

地域における相談支援の核となる人材を育成し、早期発見・早期支援の体制を充実させるとともに、発達障がい者（児）及びその家族が、地域においてライフステージに応じた支援が受けられるよう、体制を整備する。また、広く県民に啓発することにより、障がいのある人もない人も、ともに支え合い暮らす地域づくりを目指すことで、発達障がい者の自己実現の場と機会が広がる。

2 背景・課題

発達障がいの社会的な認知と個人の気づきが進んだことにより、センター利用者数は右肩上がりに増えている中、個別相談に加え、様々な方法で発達障がい者支援を行っている。

一方で、限られた職員数と稼働時間で、センターの役割である支援者支援と困難ケースに対応する必要がある。(相談支援延べ件数 H24年度：2143, H30年度：4531)

3 事業概要

徳島県発達障がい者総合支援プラン（第2期）に基づき、発達障がい者対策事業を実施する。

(1) 相談支援：発達障がい者（児）及び家族等からの相談に応じ、的確な指導、助言を行うとともに、関係機関との連携強化により、発達障がい者への総合的な支援体制の整備を促進する。

①個別相談支援事業 ②グループ支援

(2) 発達支援：保護者のペアレントトレーニングの技術獲得を支援するとともに、ペアレント・メンターの活動を応援することにより、保護者のストレスを軽減する。

①子育てサポート推進事業

(3) 就労支援：自己の特性理解を促し、就労への動機付けや就労場面における課題等について指導、助言を行うことで、特性に応じた進路選択や職業選択、離転職の予防につなげる。

①発達障がい者就労移行サポート事業 ②モデル高校との連携事業

③就労応援講座事業

(4) 啓発：支援を必要とする者が早期発見・早期支援につながるよう、広く県民に発達障がいの正しい理解と知識を普及させる。

①発達障害啓発週間関連事業 ②暮らしやすい徳島づくり加速事業

(5) 研修：支援を必要とする者が早期発見・早期支援につながるよう、関係者への研修を行い、支援者の力量を上げる。

①支援者支援の強化事業 ②災害時発達障がい者サポート体制強化事業

③職員の資質向上

(6) 連携：関係機関との連携を効果的にとるための仕組みづくりと総合的計画的な施策の推進を図る。

①地域支援機能強化仕組みづくり事業 ②体制整備 ③ゾーン連携事業

4 事業効果

(1) 地域の支援者が発達障がいについての知識と技術を高めることにより、早期発見・早期支援ができ、発達障がい者（児）や家族を的確な支援機関につなぐことができる。また、関係者にとっては、現任教育の場としても活用でき、地域の支援力の充実につながり、当センターにおいては、困難事例への対応と地域の支援機関の人材育成にこれまで以上に尽力することができる。

(2) 自立及び就労を視野に入れた早期からの支援により、発達障がい者（児）にとって具体的な就労イメージと実践的なスキルの獲得が期待でき、適切な就労へとつなげることができる。

(3) 広く県民に啓発することにより、発達障がいについて正しい理解の促進が図られ、誤解や偏見を除くことで、発達障がいのある人だけでなく、誰もが幸せに暮らす社会の実現に近づく。また、発達障がいへの気づきが促進されることにより、必要な支援を必要な人がタイムリーに受けることができ、県民サービスの向上につながる。

2 かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修事業	500千円
--------------------------------	--------------

1 事業の目的

発達障がい者（児）やその家族が身近な存在であるかかりつけ医等と信頼関係を構築し、適切な支援を受けるためには、かかりつけ医等の対応力向上が必要不可欠である。発達障がい者（児）やその家族が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、かかりつけ医等の対応力底上げを図る。

2 事業概要

(1) 発達障がいに関する国研修の受講

研修名：精神保健に関する技術研修

日 時：6月頃

場 所：東京都

受講者：徳島県医師会より推薦された医師及びセンター職員

(2) 伝達研修の実施

講 師：国研修を受講し、徳島県医師会より推薦された医師及びセンター職員

対象者：医師 等

(3) 修了証書の交付 等

3 事業効果

地域の身近なかかりつけ医等が発達障がいについて正しい知識を持つことで、発達障がいへの気づき、早期発見につながる。また、適切な配慮でスムーズな受診ができることにより、発達障がい者（児）やその家族の負担軽減につながる。

令和2年度発達障がい関連施策について (教育委員会)

1 「ともにまなぶ」高校生活応援事業

2,788千円

公立高等学校に在籍する，障がいにより特別な支援を必要とする生徒に対し，対象生徒の学校生活の充実や学業不適応状態の予防改善を図り，さらに，学校における支援体制の充実や周りの生徒の理解啓発を促すため，個別的な支援を行う特別支援教育支援員（学習支援員）を4校に1名ずつ配置する。

2 特別支援教育パワーアップ事業

5,136千円

「切れ目ない支援体制整備推進」「普及啓発のための支援充実」を柱とした研修や相談支援等を実施することで，特別支援学校の専門性の向上を図るとともに，地域内の小・中学校等に対するセンター的機能の充実と特別支援教育の体制整備の充実を図る。

1 切れ目ない支援体制整備推進事業

特別支援教育コーディネーター研修，通級指導教室担当者研修，徳島県発達障がい教育研究会，教員対象の特別支援教育研修会，県民対象の特別支援教育講演会，医療的ケア・給食等の指導検討委員会等

2 普及啓発のための支援充実事業

特別支援学校間での連携支援，専門家チーム相談支援，特別支援教育巡回相談員活動等

3 社会で活躍サポート事業

5,407千円

特別支援学校の生徒が，卒業後の社会生活にスムーズに移行し，社会で活躍できるよう，また，事業所等に対する障がい理解等の促進と労働や福祉との連携による特別支援学校の生徒の就労及び職場定着のために，専門家等との連携によるキャリア教育の充実及び教職員の専門性の向上を図る。

1 「技能甲子園」の開催（検定上位級取得者による競技会の開催）

2 特別支援学校主導の技能検定の実施（すだちサポート会議の開催等）

3 職場定着に向けた支援（進路指導主事による卒業生の職場巡回支援等）

4 特別支援学校「みんなが主役」きらめき事業

12,000千円

特別支援学校での文化的な体験学習の積み重ねによる児童生徒の音楽・美術的才能の開花、障がいのある人もない人も共に楽しめるボッチャの実践によるスポーツ活動の普及促進、技能検定等で培った職業スキルを活かすフェスティバルの開催や学校近隣の札所等に出向いてのお接待活動、これらを通して特別支援学校の児童生徒一人一人が「主役」となり、障がいの種別や程度に関わらず、将来にわたって地域で活躍できる力を身に付ける。

- 1 文化的活動で才能開花（音楽的活動、美術的活動）
専門家とのコラボレーションによる体験型音楽学習や大学等の外部専門家との連携によるデジタルアート等の制作等
- 2 スポーツ活動の普及促進
障がいのある人もない人も共に楽しめるボッチャ等の実践
- 3 地域社会で実力発揮
ゆめチャレンジフェスティバル、四国霊場札所での「お接待イベント」の開催

5 特別支援学校「エシカルチャレンジ」事業

2,500千円

特別支援学校の児童生徒の「個々の力」を結集し、「集団の力」を発揮して、エシカル消費の推進にチャレンジするとともに、障がいのある子どもたちの力を地域等に広くアピールすることにより、特別支援学校から「エシカル消費」行動を推進する。

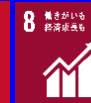
- 1 特別支援学校のエコステーション化
地域のリサイクル資材を回収・活用し、作業学習の充実及び作品制作
- 2 児童生徒の新たな能力開発
児童生徒が地域の企業等と連携し、エシカル商品や製品を開発
- 3 地域への情報発信
イベントや地域住民との交流の機会を活用して、取組や商品を発信

6 発達障がい「つながる・ひろがる・はばたく」充実事業

9,800千円

(別紙参照)

発達障がい「つながる・ひろがる・はばたく」充実事業



【令和2年度当初予算要求額 9,800千円】

これまでの取組

自律型学習教材による「学習支援」



e-ラーニングを活用した「教員の専門性向上」

取組の成果を「特別支援まなびの広場」としてホームページに公開中

「ポジティブな行動支援」をモデル小学校等で実践



ポジティブな行動支援で幼児児童生徒の社会性と主体性が向上！

発達障がい教育「徳島モデル」を構築



発達障がい教育・自立促進アドバイザーチームとの協働
ポジティブな行動支援実践校が48校に拡充！

“発達障がい教育先進県”として、さらなる充実・進化！

特別な支援を必要とする子どもへの切れ目ない支援体制を整備

就学準備

学齢期の学び

職業的自立に向けて

幼稚園

- ICTを活用した早期療育プログラムのモデル実施
- ポジティブな行動支援の取組を「地域ぐるみ」で実施（「学校（園）ぐるみ」から「地域住民の参画」へ）

「ポジティブな行動支援」の展開を強化

小・中学校

- 一人ひとりの子どものつまずきに対応できる自律型学習教材の充実



高等学校

特別支援学校のノウハウを活かした教育

- 「通級による指導」の学習内容の充実（専門家の協働による指導プログラム開発）
- 関係機関と連携したキャリア教育の推進（「地域若者サポートステーション」等との連携）



通級の授業

特別支援学校

小・中学部

早期からのキャリア教育の充実

- 職業行動につながるスキル獲得のための専門家によるコンサルテーション
- 教育・福祉の連携による早期からの農業インターンシップ



コンサルテーション



インターンシップ

高等部

子どもたちの働きたい思いをアピール

- 農業関係を含む企業等と連携し新たな就業体験機会の創出
- テレワークによる就業体験を充実（全ての肢体不自由学校で実施）



新たな職種への拡大

発達障がいのある子どもたちの社会的・職業的自立の推進

ご相談したい内容（できるだけ具体的にご記入ください）

1. これまでの経過等について、以下にご記入ください。

① 発達障がいについての診断を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。

時 期	診断名	機関名	アドバイス等
年 月（ ）歳			

② 発達検査（K-ABC・新版K式など）を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。

検査日・年齢	実施機関	検査名	検査結果
年 月（ ）歳			
年 月（ ）歳			

③ 他機関の利用をしたことがある場合は、以下にご記入ください（現在も含む）。

機関名	利用した時期・年齢	担当者	内 容	頻度（〇か月に△回等）
相談機関				
医療機関				
訓練機関				

④ 服薬をしていたことがある、もしくは、現在もしている場合は以下にご記入ください。

薬名：	時期：
-----	-----

2. お子さんの様子について、以下にご記入ください。

① 妊娠・出産・発育の様子

分かる範囲で、該当するところにチェックをつけ、必要なところ書きこんでください。

妊 娠 期	妊娠中の母親の健康状態	<input type="checkbox"/> 良 ・ <input type="checkbox"/> 他 ()						特 記 事 項		
	薬の服用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()								
出 産 時	妊娠期間	週	日	出生体重	g					
	分娩	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他() 特記事項()								
	様子	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 人工蘇生 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 激しい泣き・他()								
	保育器使用	<input type="checkbox"/> 有 (日) ・ <input type="checkbox"/> 無								
	黄疸	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 重								
乳 幼 児 期	首のすわり	か月	お座り	か月	ハイハイ	か月	後追い	か月		
	つかまり立ち	か月	歩き始め	か月	指さし	か月	呼ぶと振り向く	か月		
	人見知り	か月 (<input type="checkbox"/> 強かった <input type="checkbox"/> ある程度 ・ <input type="checkbox"/> ほとんど無かった)								
	意味ある単語(始語)	歳	か月	内容()	二語文(「ブーブー来た」など)			歳	か月	
	排泄自立	小	歳	か月	・	大	歳	か月		
	感覚の過敏さ・鈍麻さ(にぶさ)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(例:花火の音がダメ、寒さ暑さが分かりにくいなど) (内容)								
	乳幼児健康診査で何か指摘されたことはありますか?	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 [3~4 か月健診、9~10 か月健診、1歳6か月児健診、3歳児健診等]								

② 以下の項目について、現在当てはまると思うものに○を、これまで一時的であっても当てはまると感じたことがあるものに△を記入してください。

視線が合いにくい、または合いすぎる	新しい場所や人に緊張しやすい
名前を呼んでも振り向きにくい	苦手な音や声がある
人見知りがない、または人見知りが強い	偏食がある
指さして興味のあるものを伝えない	乱暴な言動がある
かんしゃくが強い	落ち着きがない
言葉が遅れている	注意が続きにくい、不注意である
年齢相応の言葉のやりとりが成立しにくい	指示されたこと等をすぐに忘れてしまう
相手の話を理解することが苦手	運動が苦手
自分の気持ちを伝えることや説明が苦手	手先が不器用
一方的に話す	登園しぶりがある
オウム返しが多い	園などの集団活動に参加することが難しい
人の気持ちや意図を理解することが苦手	年齢相応の生活習慣（食事・着替・排泄等）が身につけていない
他の子どもへの関心が薄い	睡眠リズムや生活リズムが不安定
年齢相応の友人関係を築くことが難しい	その他、気になることがある
予定の変更が苦手	
切り替えが難しい	
こだわりが強い	
興味が偏っている	

③ お子さんの得意なことや長所と思われることをご記入ください。

(例：○○にとっても詳しい、○○であればとても集中できる、記憶力が良い等)

- 相談時にご持参いただきたいもの**
- ◇ 検査結果（検査を受けたことがある方のみ）
 - ◇ 母子健康手帳
 - ◇ 診断書の写し（お持ちの方のみ）
 - ◇ 作文や絵画など、ご本人の状況が把握できる資料

ご記入ありがとうございました

相談者記入シート

記入日： 年 月 日

ご相談を受ける際に必要な情報についてお聞きします。分かる範囲、答えられる範囲の記入で構いません。秘密は厳守されますのでご安心ください。

ふりがな 相談者名（記入者）：		相談対象者との関係：				
相談者の連絡先 TEL（携帯）：（ ） - *日中つながりやすい番号をご記入ください						
ふりがな 相談対象者名（相談したい人の名前）：						
性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 齢： 歳		生年月日： 年 月 日		
相談対象者住所：〒						
相談対象者の連絡先 TEL（携帯）：（ ） - *日中つながりやすい番号をご記入ください						
診 断： <input type="checkbox"/> 診断なし <input type="checkbox"/> 診断あり（診断名： ） <input type="checkbox"/> 診断名は無いが（ ）の疑いがあると（ ）より言われた						
手 帳： <input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級（障がい名： ）						
所属学校名：			学年： 年		担任名：	
利用クラス：（ <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学校[]部 ）						
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日（年齢）	職場・学校（学年）	同居・別居	特記事項
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	

ご相談したい内容（できるだけ具体的にご記入ください）

1. ご相談までの経緯等について、以下にご記入ください。

① 発達障がいについての診断を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。

時 期	診断名	機関名	アドバイス等
年 月（ ）歳			

② 発達検査（WISC・K-ABCなど）を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。

検査日・年齢	実施機関	検査名	検査結果
年 月（ ）歳			
年 月（ ）歳			

③ 他機関の利用をしたことがある場合は、以下にご記入ください（現在も含む）。

機関名	利用した時期・年齢	担当者	内 容	頻度（〇か月に△回等）
相談機関				
医療機関				
訓練機関				

④ 服薬をしていたことがある、もしくは、現在もしている場合は以下にご記入ください。

薬名：	時期：
-----	-----

2. お子さんのご様子について、以下にご記入ください。

① 妊娠・出産・発育の様子

分かる範囲で、該当するところに○印をつけ、必要なところへ書きこんでください。

妊 娠 期	妊娠中の母親の健康状態	<input type="checkbox"/> 良 ・ <input type="checkbox"/> 他 ()						特記事項	
	薬の服用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()							
出 産 時	妊娠期間	週	日	出生体重	g				
	分娩	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他() 特記事項()							
	様子	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 人工蘇生 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 激しい泣き・他()							
	保育器使用	<input type="checkbox"/> 有 (日) ・ <input type="checkbox"/> 無							
	黄疸	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 重							
乳 幼 児 期	首のすわり	か月	お座り	か月	ハイハイ	か月	後追い	か月	
	つかまり立ち	か月	歩き始め	か月	指さし	か月	呼ぶと振り向く	か月	
	人見知り	か月 (<input type="checkbox"/> 強かった <input type="checkbox"/> ある程度 ・ <input type="checkbox"/> ほとんど無かった)							
	意味ある単語(始語)	歳	か月	内容()	二語文(「ブーブー来た」など)			歳	か月
	排泄自立	小便	歳	か月	大便	歳	か月		
	感覚の過敏さ・鈍麻さ(にぶさ)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(例:花火の音がダメ、寒さ暑さが分かりにくいなど) (内容)							
	乳幼児健康診査で何か指摘されたことはありますか?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [3~4 か月健診、9~10 か月健診、1歳6か月児健診、3歳児健診等]							

④ お子さんの得意なことや長所と思われることをご記入ください。

(例：〇〇にとっても詳しい、〇〇であればとても集中できる、記憶力が良い等)

相談時にご持参いただきたいもの

- ◇ 検査結果（検査を受けたことがある方のみ）
- ◇ 母子健康手帳
- ◇ 診断書の写し（お持ちの方のみ）
- ◇ 作文や絵画など、ご本人の状況が把握できる資料

ご記入ありがとうございました

相談者記入シート

記入年月日： 年 月 日

ご相談を受ける際に必要な情報についてお聞きします。分かる範囲、答えられる範囲の記入で構いません。このシートにご記入いただくことで相談がスムーズにはじめられます。

秘密は厳守されますのでご安心ください。

ふりがな 相談者名（記入者）：		相談対象者との関係：					
相談者（記入者）の連絡先		*日中つながりやすい番号をご記入ください					
TEL（携帯）：（ ） —							
ふりがな 相談対象者名（相談したい人の名前）：							
性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 齢： 歳		生年月日： 年 月 日			
相談対象者住所： 〒 —							
相談対象者の連絡先							
TEL（携帯）：（ ） —		*日中つながりやすい番号をご記入ください					
診 断： <input type="checkbox"/> 診断なし <input type="checkbox"/> 診断あり（診断名： ）							
<input type="checkbox"/> 診断名は無いが（ ）の疑いがあると（ ）より言われた							
手 帳： <input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2）							
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）							
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級（障がい名： ）							
所属機関名(学校、施設、職場等)：							
現在利用しているサービス：							
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日（年齢）	職業・学校	同居・別居	特記事項	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別		
						<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
						<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
						<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
						<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
ご相談したい内容（できるだけ具体的にご記入ください）							

1. 来所までの経緯等について、以下にお答えください。

① 学歴、職歴について以下にご記入ください。

学 歴	期 間	内 容（特別支援学級等の利用、不登校等もあれば記入）
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
職 歴	期 間	内 容（施設利用等もあれば記入）
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

② 取得されている資格・免許などある場合は、以下にご記入ください。

取得日・年齢	取得資格・免許
年 月 日（ ）歳	
年 月 日（ ）歳	

③ 発達に関することや発達障がい、精神疾患等について、医療機関等で診察や訓練、相談を受けたことがある場合は以下にご記入ください（現在も含む）。

期間・年齢	機関名	(担当医)	(診断名)	内容
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）

③ 小学校～高校の頃の、学校行事や対人関係等について苦手だったことや気になったことをそれぞれご記入ください。

小学校： 対人関係 先生との関係 整理整頓 忘れ物・なくし物
集団行動 運動会や発表会 その他

中学校： 対人関係 先生との関係 整理整頓 忘れ物・なくし物
集団行動 運動会や発表会 部活動 その他

高校： 対人関係 先生との関係 整理整頓 忘れ物・なくし物
集団行動 運動会や発表会 部活動 その他

○チェックした項目に関するエピソードなどがあればご記入ください。

④ 小学校～高校の頃、好きだったこと（遊び）や興味があったものをそれぞれご記入ください。

小学校：

中学校：

高校：

⑤ 学齢期（小学校～高校）、集中して学習に取り組める時間は何分くらいでしたか。

- ほとんどできなかった 10分以下だった 30分以下だった
 1時間程度できた

⑥ その他、学校生活に関して、気になることがありましたら、ご記入ください。

4.青年期（18歳～22歳頃）の様子についてお答えください

- 進学した → 項目（1）へ
その他 → 項目（2）へ
就職した → 次項5へ

③ 睡眠について

 規則的 不規則 昼夜逆転

○睡眠時間_____時間

④ その他、家族との関係や生活面に関して、気になることがありましたら、ご記入ください。

6.就労経験がある方は、就職・仕事について、お答えください（アルバイト経験も含む）。

これまでのお仕事の中で以下のような苦手さを感じることがありましたか。当てはまるものにチェックをつけてください。

- 頭指示を理解できないことがある
- 上司や同僚に自分の意見や思いを伝えることが苦手
- 仕事の優先順位を決められない
- 仕事に集中することが難しい
- 状況に合わせて行動することが苦手
- 職場の暗黙のルールを理解することが苦手
- 指示されたことや、やるべきことをすぐに忘れてしまう
- 同時に2つ以上のことを行うことが難しい
- 臨機応変に対応することが苦手
- 仕事のミスが多い
- 休憩時間などの空き時間を過ごすことが苦手
- 自分ばかり指摘や注意をされると感じる
- その他（ _____ ）
- 特に苦手さを感じることはなかった

相談時にご持参いただきたいもの

- ◇ 検査結果（検査を受けたことがある方のみ）
- ◇ 母子健康手帳（お持ちの方のみ）
- ◇ 診断書の写し（お持ちの方のみ）
- ◇ 作文、絵画、成績表など、ご本人の現在や過去の状況が把握できる資料

ご記入ありがとうございました

そうだんしゃきにゆうしーと
相談者記入シート

きゆうねんがっぴ ねん がっ ひ
記入年月日： 年 月 日

そうだん う さい ひつよう しょうほう き わ はんい こた はんい きゆう
ご相談を受ける際に必要な情報についてお聞きします。分かる範囲、答えられる範囲の記入

かま
で構いません。このシートにご記入いただくことで相談がスムーズにはじめられます。

ひみつ げんしゆ あんしん
秘密は厳守されますのでご安心ください。

そうだんしゃめい きにゆうしゃ 相談者名（記入者）：		そうだんたいしょうしゃ かんけい 相談対象者との関係：	
そうだんしゃ きにゆうしゃ れんらくさき 相談者（記入者）の連絡先		にっちゆう ばんごう ごきにゆう * 日中つながりやすい番号をご記入ください	
TEL (携帯電話) : () —			
そうだんたいしょうしゃ そうだん ひと なまえ 相談対象者名（相談したい人の名前）：			
せい べつ 性別：	<input type="checkbox"/> おとこ 男	<input type="checkbox"/> おんな 女	ねんれい さい 年齢： 歳
		せいねんがっぴ 生年月日：	ねん 年 がっ 月 ひ 日
そうだんたいしょうしゃじゅうしょ 相談対象者住所：〒 —			
そうだんたいしょうしゃ れんらくさき 相談対象者の連絡先		にっちゆう ばんごう ごきにゆう * 日中つながりやすい番号をご記入ください	
TEL (携帯電話) : () —			
しん だん 診断：			
<input type="checkbox"/> 診断なし		<input type="checkbox"/> 診断あり（診断名： ）	
<input type="checkbox"/> 診断名は無いが（ ）の疑いがあると（ ）より言われた			
て ちょう 手帳：			
<input type="checkbox"/> 手帳なし		<input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2）	
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）			
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級（障がい名： ）			
しょぞくきかんめい がっこう しせつ しょくばとう 所属機関名（学校、施設、職場等）：			
げんざいりよう 現在利用しているサービス：			

家族構成	氏名	つづきから 続柄	せいねんがっぴ ねんれい 生年月日(年齢)	しよくぎょう がっこう 職業・学校	どうきよ べつきよ 同居・別居	とっきじこう 特記事項
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	

ごそうだん ないよう (ごたいてき ごきにゅう)
 ご相談したい内容(できるだけ具体的にご記入ください)

1. 来所までの経緯等について、以下にお答えください。

① 学歴、職歴について以下にご記入ください。

学歴	期間	内容(特別支援学級等の利用、不登校等もあれば記入)
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

職歴	期間	内容(施設利用等もあれば記入)
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

② 取得されている資格・免許などある場合は、以下にご記入ください。

取得日・年齢	取得資格・免許
年 月 日 () 歳	
年 月 日 () 歳	

③ 発達に関することや発達障がい、精神疾患等について、医療機関等で診察や訓練、相談を受けたことがある場合は以下にご記入ください（現在も含む）。

きかん ねんれい 期間・年齢	きかんめい 機関名	たんとうい (担当医)	しんだんめい (診断名)	ないよう 内容
年 月～ 年 月()歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬()
年 月～ 年 月()歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬()
年 月～ 年 月()歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬()
年 月～ 年 月()歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬()
年 月～ 年 月()歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬()

④ 心理検査や発達検査（WISC、WAIS、バウムテスト、MMPI、P-Fスタディ等）を受けられたことがある場合は、以下にご記入ください。

じっしび ねんれい 実施日・年齢	じっしきかん 実施機関	けんさめい 検査名	けんさけっか 検査結果
年 月()歳			
年 月()歳			
年 月()歳			

*検査名がわからなくてもご記入ください

2. 乳幼児期（0歳～就学前まで）の様子についてお答えください。

例：うまれた時の様子、言葉の発育、好きだった遊び、幼稚園での様子、乳幼児健診の結果など

3. 学校生活についてお答えください。

① 小学校から高校までの間に、以下の制度もしくは機関を利用したことがありますか。

- 特別支援学級 通級指導教室
- 教育支援センター（適応指導教室）

② 小学校～高校の頃の学習について、A～Cの中から、（ ）にあてはまる記号をご記入ください。

小学校（ ） 中学校（ ） 高校（ ）

A. ほとんどの科目についていけた

B. 一部の科目についていけた⇒（得意な科目： 苦手な科目： ）

C. ほとんどの科目についていけなかった

○学習に関する事で、覚えているエピソードがあればご記入ください

③ 小学校～高校の頃の、学校行事や対人関係等について苦手だったことや気になったことをそれぞれご記入ください。

小学校： 対人関係 先生との関係 整理整頓 忘れ物・なくし物

集団行動 運動会や発表会 その他

中学校： 対人関係 先生との関係 整理整頓 忘れ物・なくし物

集団行動 運動会や発表会 その他

- こうこう 高校：
 たいじんかんけい対人関係
 せんせい かんけい先生との関係
 せいりせいとん整理整頓
 わす もの忘れ物・なくし物
 しゅうだんこうどう集団行動
 うんどうかい はっぴょうかい運動会や発表会
 たその他

○チェックした項目に関するエピソードなどがあればご記入ください

④ しょうがっこう こうこう ころ小学校～高校の頃、すき好きだったこと（あそび遊び）やきょうみ興味のあったものをそれぞれごきにゅうご記入ください。

しょうがっこう
小学校：

ちゅうがっこう
中学校：

こうこう
高校：

⑤ がくれいき しょうがっこう こうこう学齢期（小学校～高校）、しゅうちゅう がくしゅう とりくめるじかん なんぷん集中して学習に取り組める時間はなんぷん何分くらいでしたか。

ほとんどできなかった 10ふんいか10分以下だった 30ふんいか30分以下だった

いちじかんていど1時間程度できた

⑥ そのた がっこうせいかつ かんして きその他、学校生活に関して、気になることがありましたら、ごきにゅうご記入ください。

4. 青年期（18歳～22歳頃）の様子についてお答え下さい

進学した → 項目（1）へ

その他 → 項目（2）へ

就職した → 次項5へ

(1) 進学した、をチェックした方

① 進学先での生活や対人関係等について苦手だったことや気になったことをご記入ください。

生活リズム

友人関係

スケジュール管理

学習

整理整頓

部活動

就職活動

その他

② 進学先で、本人・家族が困ったこと、周りの人（先生や同級生、支援者など）から指摘を受けたことがあれば、ご記入ください。

③ その他、青年期の生活に関して、気になることがありましたら、ご記入ください。

(2) その他にチェックをした方

① 青年期の生活の様子についてご記入ください。

ほとんどの時間を家で過ごしていた

家業の手伝いをしていた

その他

② 青年期の生活で気になることや困ったことがあればご記入ください。

5生活面についてお答えください

① 余暇について

友達とよく過ごす 親や兄弟と主に過ごす 一人で過ごす

○特に好きな余暇活動[屋内： /屋外：]

② 移動手段について（複数可）

車 バイク 自転車 徒歩 公共交通機関の利用 単独での外出は難しい

③ 睡眠について

規則的 不規則 昼夜逆転 睡眠時間 _____ 時間

④ その他、家族との関係や生活面に関して、気になることがありましたら、ご記入ください。

6. 就労経験がある方は、就職・仕事について、お答えください（アルバイト経験も含む）。

① これまでのお仕事の中で以下のような苦手さを感じることはありませんか。当てはまるものにチェックをつけてください。

- 口頭指示を理解できないことがある
- 上司や同僚に自分の意見や思いを伝えることが苦手
- 仕事の優先順位を決められない
- 仕事に集中することが難しい
- 状況に合わせて行動することが苦手
- 職場の暗黙のルールを理解することが苦手
- 指示されたことや、やるべきことをすぐに忘れてしまう
- 同時に2つ以上のことを行うことが難しい
- 臨機応変に対応することが苦手
- 仕事のミスが多い
- 休憩時間などの空き時間を過ごすことが苦手
- 自分ばかり指摘や注意をされると感じる
- その他（ ）
- 特に苦手さを感じることはなかった

相談時にご持参いただきたいもの

- ◇ 検査結果（検査を受けたことがある方のみ）
- ◇ 母子健康手帳（お持ちの方のみ）
- ◇ 診断書の写し（お持ちの方のみ）
- ◇ 作文、絵画、成績表など、ご本人の現在や過去の状況が把握できる資料

相談者記入シート

記入年月日： 年 月 日

ご相談を受ける際に必要な情報についてお聞きします。分かる範囲、答えられる範囲の記入で構いません。このシートにご記入いただくことで相談がスムーズにはじめられます。

秘密は厳守されますのでご安心ください。

ふりがな 相談者名（記入者）： 徳島 ブルーすだち		相談対象者との関係： 本人				
相談者（記入者）の連絡先		*日中つながりやすい番号をご記入ください				
TEL（携帯）： (0▲0) ××××-0000						
ふりがな 相談対象者名（相談したい人の名前）： 同上						
性別： <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年齢： 34 歳		生年月日： 1900年1月10日		
相談対象者住所：〒 773-0015 徳島県小松島市中田町新開2-2						
相談対象者の連絡先		同上				
TEL（携帯）：（ ） —		*日中つながりやすい番号をご記入ください				
診 断： <input checked="" type="checkbox"/> 診断なし <input type="checkbox"/> 診断あり（診断名： ） <input type="checkbox"/> 診断名は無いが（ ）の疑いがあると（ ）より言われた						
手 帳： <input checked="" type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級（障がい名： ）						
所属機関名(学校、施設、職場等)：						
現在利用しているサービス：						
家 族 構 成	氏 名	続柄	生年月日（年齢）	職業・学校	同居・別居	特記事項
	徳島 アイリス	父	〇年〇月〇日（62）	会社員	<input checked="" type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
	徳島 ハナミズキ	母	〇年〇月〇日（61）		<input checked="" type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
ご相談したい内容（できるだけ具体的にご記入ください） 仕事をしていたがうまくいかず、いつも怒られていた。二つのことを同時にできなかつたり、商品をダメにしてしまつたり、注意をされても同じ失敗ばかりをしていた。就職活動をしているが、うまくいかず、自分が発達障がいなのではないかと心配になった。						

1. 来所までの経緯等について、以下にお答えください。

① 学歴、職歴について以下にご記入ください。

学歴	期 間	内 容（特別支援学級等の利用、不登校等もあれば記入）
	〇〇年 〇月～〇〇年 〇月	〇〇小学校（4年生から6年生の3学期まで不登校だった）
	〇〇年 〇月～〇〇年 〇月	〇〇中学校（中1の2学期から中3まで特別支援学級利用）
	〇〇年 〇月～〇〇年 〇月	〇〇高校
	〇〇年 〇月～〇〇年 〇月	〇〇大学（2年生のとき留年した）
	年 月～ 年 月	
職歴	期 間	内 容（施設利用等もあれば記入）
	〇〇年 〇月～〇〇年 〇月	〇〇会社 自己都合により退職
	〇〇年 〇月～〇〇年 〇月	〇〇会社 任期満了で退職
	〇〇年 〇月～〇〇年 〇月	〇〇会社 自己都合により退職
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

② 取得されている資格・免許などある場合は、以下にご記入ください。

取得日・年齢	取得資格・免許
平成〇〇年〇月〇日（ 20 ）歳	普通自動車運転免許
年 月 日（ ）歳	

③ 発達に関することや発達障がい、精神疾患等について、医療機関等で診察や訓練、相談を受けたことがある場合は以下にご記入ください（現在も含む）。

期間・年齢	機関名	担当医	診断名	内容
〇〇年〇〇月～ 〇〇年〇〇月（〇〇）歳	〇〇 相談室			<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input checked="" type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）
〇〇年〇〇月～ 〇〇年〇〇月（〇〇）歳	△△医院	〇〇先生	うつ	<input checked="" type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input checked="" type="checkbox"/> 服薬（ 〇〇 ）
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）

- ④ 心理検査や発達検査（WISC、WAIS 等）を受けられたことがある場合は、以下にご記入ください。

実施日・年齢	検査名	実施機関	検査結果
年 月（ ）歳			
年 月（ ）歳			
年 月（ ）歳			

2. 乳幼児期（0歳～就学前まで）の様子についてお答えください。

例：生まれた時の様子、言葉の発育、好きだった遊び、幼稚園での様子、乳幼児健診の結果など

3. 学校生活についてお答えください。

- ① 小学校から高校までの間に、以下の制度もしくは機関を利用したことがありますか。

特別支援学級

通級指導教室

教育支援センター（適応指導教室）

- ② 小学校～高校の頃の学習について、A～Cの中から、（ ）にあてはまる記号をご記入ください。 小学校（ B ） 中学校（ B ） 高校（ C ）

A. ほとんどの科目についていけた

B. 一部の科目についていけた⇒（得意な科目： **理科** 苦手な科目： **国語** ）

C. ほとんどの科目についていけなかった

○学習に関することで、覚えているエピソードがあればご記入ください

国語の文章題や、漢字がほとんどわからなかった。感想文が書けなかった。

③ 小学校～高校の頃の、学校行事や対人関係等について苦手だったことや気になったことをそれぞれご記入ください。

小学校： 対人関係 先生との関係 整理整頓 忘れ物・なくし物
集団行動 運動会や発表会 その他

中学校： 対人関係 先生との関係 整理整頓 忘れ物・なくし物
集団行動 運動会や発表会 部活動 その他

高校： 対人関係 先生との関係 整理整頓 忘れ物・なくし物
集団行動 運動会や発表会 部活動 その他

○チェックした項目に関するエピソードなどがあればご記入ください

小学校の頃は、友達と遊んでいたけど、中学校でいじめられてから、人と関わるのが怖くなった。

④ 小学校～高校の頃、好きだったこと（遊び）や興味があったものをそれぞれご記入ください。

小学校： **読書**

中学校： **ゲーム、読書**

高校： **ゲーム**

⑤ 小学校～高校の頃、集中して学習に取り組める時間は何分くらいでしたか。

ほとんどできなかった 10分以下だった 30分以下だった
1時間程度できた

⑥ その他、学校生活に関して、気になることがありましたら、ご記入ください。

からかわれることが多かった。友達と遊ぶより、1人で過ごすことを好んだ。

4. 青年期（18歳～22歳頃）の様子についてお答えください

- 進学した → 項目（1）へ
その他 → 項目（2）へ
就職した → 次項5へ

(1) 進学した、をチェックした方

① 進学先での対人関係やコミュニケーションについて苦手だったことや気になったことをご記入ください。

友だちはできず、ほとんど人とははなさなかった。

② 進学先で、本人・家族が困ったこと、周りの人（先生や同級生、支援者など）から指摘を受けたことがあれば、ご記入ください。

チューターの先生からは、営業は向いていないと言われた。
課題がなかなか出せず、単位がとれずに困った。

③ その他、青年期の生活に関して、気になることがありましたら、ご記入ください。

大学は、3年で中退した。
それから5年間、ほとんど家から出ずに過ごしていた。

(2) その他にチェックをした方

① 青年期の生活の様子や、気になることをご記入ください。

(例：ほとんどの時間を家で過ごしていた、家業の手伝いをしていた等)

5生活面についてお答えください

① 余暇について

友達とよく過ごす 親や兄弟と主に過ごす 一人で過ごす

特に好きな余暇活動[屋内：**ゲーム** /屋外：]

② 移動手段について（複数可）

車 バイク 自転車 徒歩 公共交通機関の利用 単独での外出は難しい

③ 睡眠について

規則的 不規則 昼夜逆転 睡眠時間_____時間

別 紙

質 問 票

徳島県発達障がい者総合支援センター 行き

F A X 0 8 8 5 - 3 4 - 9 0 0 2

発達障がい者支援体制整備検討委員会 令和2年3月13日（金）開催

氏 名	
御意見等	

