

相談受付票

相談日 平成 28 年 1 月 31 日

受付 No.000 氏名 千葉 一郎 (仮名)		相談方法 (外来、電話、文書、ファクシミリ、訪問) 経由機関 ○○市療育センター 担当者 A相談員				
性別 (男・女) 生年月日 平成 22 年 3 月 1 日 (5 才) 障害種別：知的障害 障害名：知的障害を伴う自閉スペクトラム症 障害者手帳 未取得 (申請を検討中) 現住所 〒012-1234 ○○市○○町 1-1-1 電話 012-345-6789 F A X 電話に同じ						
相談者氏名 千葉花子 (母親) T E L 012-345-6789 携帯 000-1111-2222 (母親携帯電話) F A X 自宅電話番号と同じ				その他の連絡先 氏名 住所 T E L F A X		
家 族	続柄	氏名	年齢	職業・学校	同居 別居	特記事項
	本人	千葉 一郎	5 歳	Z 幼稚園年長組		
	父	太郎	40 歳	会社員	同居	
	母	花子	40 歳	専業主婦	同居	
	弟	二郎	4 歳		同居	4 月から幼稚園入園予定。
祖母	千葉 幸子	70 歳	無職	同居		
相談内容 障害児の支援に理解のある幼稚園に通っていて、幼稚園では概ね落ち着いて過ごせるようになったが、4 月からの就学を控えて色々と心配や不安がある。これまでセルフプランで児童発達支援を利用してきたが、就学後の育児や生活について専門家に相談しながら福祉支援を利用したいので、計画相談の利用を考えたいとのこと。				[家族構成] 父方祖父 ■ — ○ 父方祖母 父 □ — 母 ○ 一郎君 □ — 弟 □ ・同居の父方祖母を含めて 5 人家族。 ・親戚付き合いは頻繁で良好との事。		
現在受けているサービス ・ Z 幼稚園 (年長組) に通園している。 ・ ○○市療育センターでの相談 (2 か月に 1 回の心理指導と相談) ・ すくすくルーム (日中活動と託児の提供。土曜日や幼稚園の休園日に不定期利用)						
対応者所見・その他の情報 ・ 一郎君は、4 月より ○○小学校特別支援学級に就学予定。集団参加や環境適応に苦手さがあるようなので、就学後の学校生活や家庭生活に対する見守りや支援が必要と思われる。 ・ 同居の祖母の高齢化もあり、母親の育児や家事負担が大きくなっている様子。一郎君の状態をふまえながら、母親の負担軽減を含めた家庭生活の調整を検討していきたい。 ・ 療育手帳に関する情報提供を行い、今後の取得や活用について提案していく。				対応状況 ・ 計画相談の内容や手順に関する説明を行い、セルフプランとの相違について了解していただく。利用契約手続きもしていただいた。 ・ 一郎君や家族に必要なと思われる支援サービスに関する情報提供を行い、大雑把な支援サービスに関する利用見込みについて伝えておく。事業所に関する情報提供も行い、親子での事業所見学等も勧めておく。 ・ 家庭訪問日について相談。2 月 4 日午前 10 時に訪問させていただく事にした。		