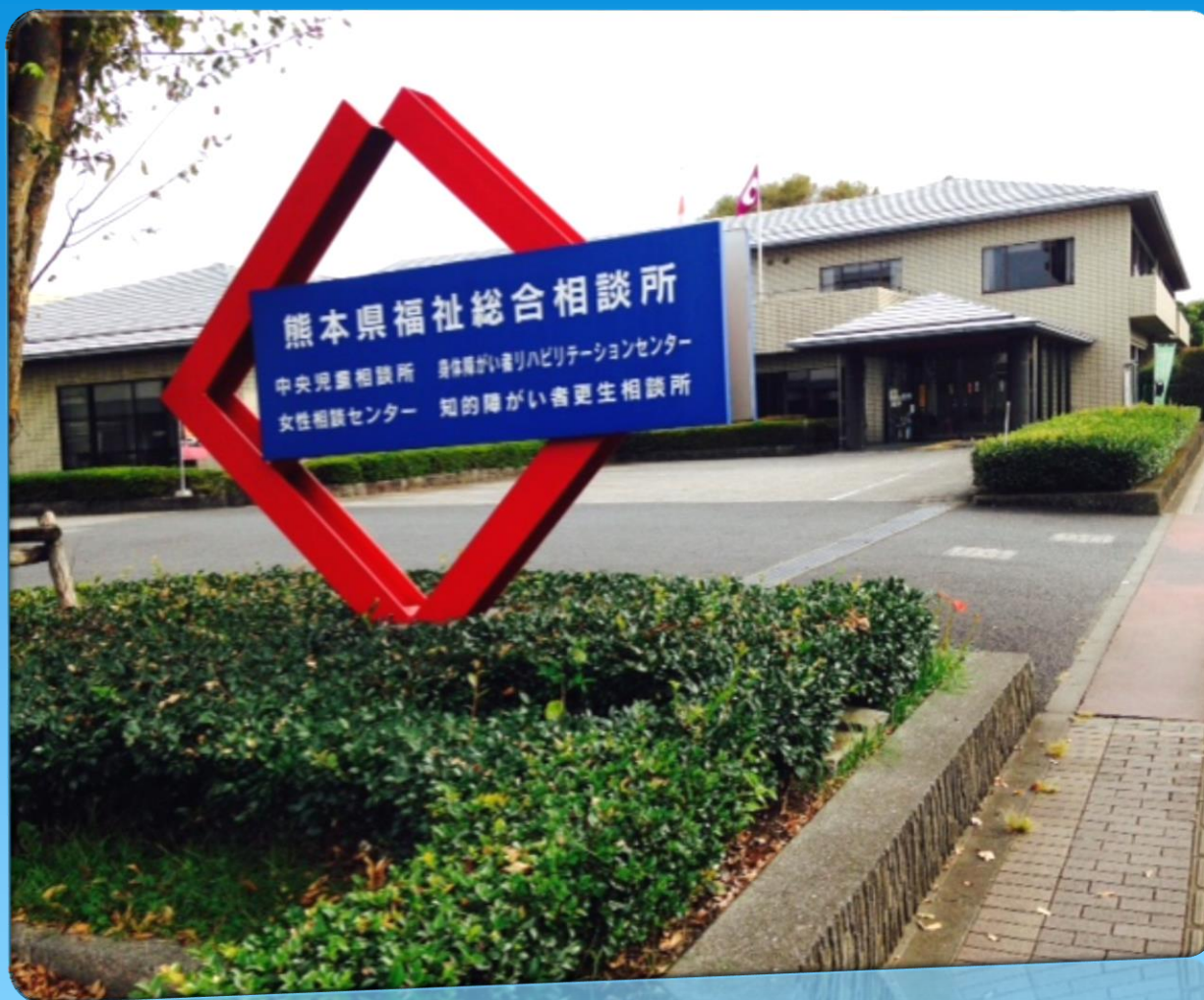




療育手帳の判定について

福祉総合相談所 地図

熊本赤十字病院を目安にご案内ください。
病院よりも空港方面に300m進むと入口が見えてきます。

熊本県福祉総合相談所案内図



※ 交通アクセスのご案内

【バスをご利用の場合】

熊本都市バス「長嶺団地・小峰営業所」行き又は「長嶺小学校前」行き
「身障者福祉センター前」下車。

・桜町バスターミナルからは15番のりばをご利用ください。

【ＪＲをご利用の場合】

熊本駅からＪＲ豊肥本線で水前寺駅で下車し、バスに乗り換えになります。

熊高正面前バス停から「日赤・長嶺団地」行き「身障者福祉センター前」
で下車。

【自家用車をご利用の場合】

九州自動車道 熊本インターチェンジから約4km

九州自動車道 益城熊本空港インターチェンジから約4km

※入口は国体道路沿いのみです。

※カーナビ等で「福祉総合相談所」で目的地を選択すると、入り口とは反対側の、一本裏の道を指定されることがございますので、お気をつけください。

案内書

令和 〇〇年(20〇〇年) 〇〇月 〇〇日

お知らせ

療育手帳の交付申請を受けました〇〇 〇〇さんについて面接を行いますので、下記の日時に本人、保護者同伴で来所されますようお願いいたします。

記

1 日時 令和〇〇年(20〇〇年) 〇〇月〇〇日 (〇曜日)
午前 9時30分(午後1時00分)

2 場所 熊本県福祉総合相談所
〒861-8039 熊本県熊本市 東区長嶺南2丁目3番3号
TEL 096-381-4464

3 持参するもの

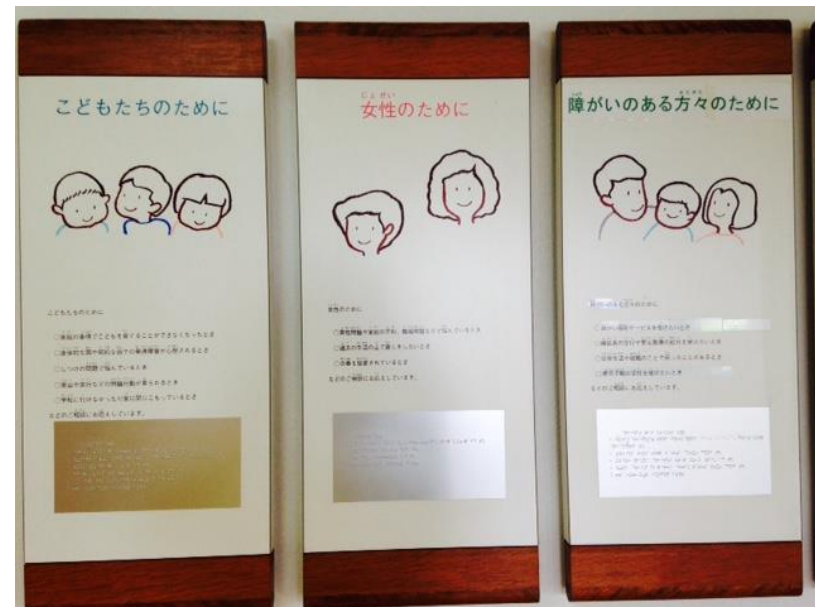
- ・母子手帳
- ・現在医療機関で治療を受けている方で診断書や知能検査の結果等がある場合はその書類(現在お持ちでない場合は不要です)
- ・認印(必要になる場合があります)
- ・写真(申請時未提出の方のみ)横 3cm×縦 4cm
- ・おくすり手帳(ある方のみ)

※ ご都合が悪い場合は、早めにご連絡ください。

※ 場所について不明な場合はご連絡ください。

連絡先 福祉総合相談所 障がい相談課 〇〇 〇〇

面接日程は基本的に通知でお知らせしています。※八代児童相談所は電話



療育手帳面接の流れ

1 受付



(1) 療育手帳新規判定の方
「療育手帳面接受付表(新規)」と「療育手帳新規相談票」を記入し、受付に提出してください。お名前をお呼びするまで、ロビーでお待ちください。

(2) 療育手帳再判定の方
お名前をお呼びするまで、ロビーでお待ちください。

※30分以上お待ちの場合は受付にお申し出ください。

2 生活状況調査



ケースワーカーが、ご本人の生育歴や現在の生活状況についてお尋ねします。

3 心理検査



心理判定員が知能検査(または発達検査)を行います。時間は30分から1時間程度かかります。

検査を行っている間、付き添いの方はロビーでお待ちください。
(事情により同席される場合は、検査に影響するおそれがありますので、ご本人への声かけはご遠慮ください。)

4 診察



必要に応じ、医師が診察を行います。

5 結果の説明



1~3(または4)の終了後、判定結果をご説明します。お名前をお呼びするまで、ロビーでお待ちください。

以上で、本日の面接は終了です。療育手帳は、後日、市町村役場から連絡がありますので、お受け取りください。

<お願い>

- ・受付から終了までの時間は、面接を受けられる方により異なり、お待たせすることがありますが、ご了承ください。
- ・その他、ご不明な点がございましたら、受付にお申し出ください。

受付

自動ドアを入ると目の前に受付があります。受付から面接の流れを渡され、ロビーでお待ちいただきます。



面接事前調査票① ※面接日程通知に同封して送付しています。

療育手帳面接事前調査票①(生活状況・医療的ケア関係) (R4.8改正)			
(フ)カナ)	性別	生年月日	S・H・R 年 月 日
氏名	男・女	住所	
幼稚園・保育園・学校等名:	(学年等)		
就労先名:			
利用施設名①:	通所の場合	回/週	
利用施設名②:	通所の場合	回/週	
○新規の方は、全項目ご記入ください。 ○再判定の方は、問2～問4については前回の判定以降、変化があった項目についてご記入ください。			
問1	どこで手帳を勤められましたか。 ※新規のみ	1 乳幼児健診 2 幼稚園・保育園・学校 3 病院 4 その他	
問2	これまで、乳幼児健診や病院で何か言われたことがありますか。	1 ある 2 ない 3 わからない	
問2-2	1の「ある」場合、いつ、どこで、何と言われましたか。	いつ () どこで () 何と ()	
問3	これまで、病院で診断された診断名がありますか。	1 ある 2 ない 3 わからない	
問3-2	1の「ある」場合、診断名はなんですか。	診断名 ()	
	いつ、どの病院で診断されましたか。	いつ () 病院名 ()	
問4	これまで、大きな病気やケガをしたことがありますか。	1 ある 2 ない 3 わからない	
問4-2	1の「ある」場合、いつ、どのような病気やケガをしましたか。	いつ () 病気名・ケガ名 ()	
※裏面は新規・再判定にかかわらず、全員ご記入ください。			

問5	現在、病院へ通院していますか。	1 通院している 2 通院していない
問5-2	1の「通院している」場合、どこの病院にどれぐらいの頻度で通院していますか。	病院名① () 頻度 (回/ 年)、(回/ 月)、(回/ 週) 病院名② () 頻度 (回/ 年)、(回/ 月)、(回/ 週)
問6	現在、薬を服用していますか。	1 服用している 2 服用していない
問6-2	1の「服用している」場合、薬の名前を記入してください。	薬名 ()
問7	現在、お身体に不自由なところや発作がありますか。	1 ある 2 ない
問8	現在、ひとりでの身の回りのこと(食事、トイレ、着替え、入浴)ができますか。	1 できる 2 介助があればできる 3 できない
問9	現在、ひとりでお金がかかりますか。	1 できる 2 できない 3 そのような機会がない
問10	現在、ひとりでお金の支払いができますか。	1 できる 2 できない 3 そのような機会がない
問11	現在、心配な行動がありますか。	1 ある 2 ない
問12	今まで通った学校などについて記入してください。 保育園・幼稚園等名: () 才 月～ 小学校名: () (通常学級・支援学級・支援学校) 中学校名: () (通常学級・支援学級・支援学校) 高校名: () (科) 専門学校・大学等名: ()	
問13	これまで、仕事をしましたことがありますか。	1 ある 2 ない
問13-2	1の「ある」場合、いつどのような仕事をしましたか。(していますか。)	才～ 才 就労先名: 仕事(作業)の内容: 才～ 才 就労先名: 仕事(作業)の内容:
※ご記入ありがとうございます。面接日当日、持参してください。		

面接事前調査票② ※面接日程通知に同封して送付しています。

療育手帳面接事前調査票②(家族状況・生育歴関係)(新規のみ)

ご本人とご家族についてご記入ください。同居別の欄は、同・別のどちらかに○をしてください。

続柄	氏名	生年月日	職業、勤務先、学校名など	同居別の状況
本人		T・S・H・R 年 月 日		同・別
父		T・S・H・R 年 月 日		同・別
母		T・S・H・R 年 月 日		同・別
		T・S・H・R 年 月 日		同・別
		T・S・H・R 年 月 日		同・別
		T・S・H・R 年 月 日		同・別
		T・S・H・R 年 月 日		同・別

母子手帳の内容等をご参照のうえ、下記質問へお答えください。わかる範囲で構いません。

問1 胎児期(お腹にいたとき)に何か異常がありましたか。(正常・異常・不明)

問1-2 異常があった場合、どのような症状でしたか。

問2 出生時(生まれるとき)に何か異常がありましたか。(正常・異常)

問2-2 異常があった場合、どのような症状でしたか。

帝王切開:(あり・なし) 保育器の使用:(あり(日間)・なし) 仮死:(あり・なし)

黄疸:(あり・なし) 光線療法:(あり(日間)・なし)

問3 下記についてご記入ください。

出生時体重:	g	妊娠期間:	週 日
分娩所要時間:	時間 分		
出生場所(病院名等):			

問4 新生児期(生後1カ月)に何か異常がありましたか。(正常・異常)

問4-2 異常があった場合、どのような症状でしたか。

問5 乳幼児期(0才～小学校入学前)の成長状況についてお答えください。

体重増加:	良・不良
身長増加:	良・不良

首のすわり:	か月ごろ	お座り:	か月ごろ
寝返り:	か月ごろ	歩き始め:	か月ごろ
這い這い:	か月ごろ	意味のある言葉の発音:	か月ごろ

※ご記入ありがとうございました。面接日当日、持参してください。

面接事前調査票②は、新規申請者に送付しています。

再判定申請の方は、面接事前調査票①のみを送付しています。

療育手帳面接受付表 ※面接事前調査票を忘れた新規申請者用

療育手帳面接受付表 (新規)

ご本人のお名前	(男・女)
付き添いの方のお名前	(ご本人との関係)

ご本人について、あてはまるものに○、または、記入してください。

- 問1 どこで手帳を勧められましたか。
 1 乳幼児健診 2 幼稚園・保育園・学校 3 病院
 4 その他 ()
- 問2 これまで、乳幼児健診や病院でなにか言われたことがありますか。
 1 ある (いつ、なにを) ()
 2 ない 3 わからない
- 問3 これまで、特別支援学校(養護学校)や特別支援学級(特殊学級)に在籍していたことがありますか。
 1 ある 2 ない 3 わからない
- 問4 これまで、仕事をすることがありますか。
 1 ある 2 ない 3 わからない
- 問5 これまで、大きな病気や怪我をしたことがありますか。
 1 ある (いつ、なにに) ()
 2 ない 3 わからない
- 問6 現在、病院へ行ったり、薬を飲んでいることがありますか。
 1 ある 2 ない
- 問7 現在、お身体に不自由なところや発作がありますか。
 1 ある 2 ない
- 問8 現在、ひとりで身の回りのこと(食事、トイレ、着替え、風呂に入る)ができますか。
 1 できる 2 できないことがある
- 問9 現在、ひとりで外出ができますか。
 1 できる 2 できないことがある 3 そのような機会がない
- 問10 現在、ひとりでお金の支払いができますか。
 1 できる 2 できないことがある 3 そのような機会がない
- 問11 現在、ご心配な行動がありますか。
 1 ある 2 ない

※裏面も記入してください

療育手帳新規相談票

相談日：令和 年 月 日

ご本人とご家族について記入してください。

同別居の欄は、同・別のどちらかに○をしてください。

続柄	氏名	生年月日	職業、勤務先、学校名など	同別居の状況
ご本人		TS HR 年 月 日		同・別
		TS HR 年 月 日		同・別
		TS HR 年 月 日		同・別
		TS HR 年 月 日		同・別
		TS HR 年 月 日		同・別
		TS HR 年 月 日		同・別
		TS HR 年 月 日		同・別
		TS HR 年 月 日		同・別

※裏面も記入してください

ロビー



授乳室 待合



面接室前



面接 I

インテーク

ケースワーカー 心理判定員
同席面接



- ◆児：保育所、学校等の環境や適応状況、学習内容
者：就労環境や適応状況、仕事内容、賃金、日中の過ごし方、結婚や子育ての状況
- ◆医療的ケアの状況、診断名、症状、直近知能検査
- ◆余暇の過ごし方、趣味

面接 II

心理判定員と本人のみ残り知能(発達)検査。CWと同伴者は別室へ移り、以下の内容を聴き取る。

新規: 成育歴調査

現在の生活状況調査

再判定: 現在の生活状況調査



～生活状況調査～

- * 身辺処理(食事、排泄、着脱衣、入浴、睡眠)
- * 家事(手伝い)能力／指示理解
- * 金銭管理(買い物) * 交通機関利用
- * コミュニケーション手段
- * 対人関係(トラブルの有無)

面接 Ⅲ



◆行動面の状況

◆現在困っていること、心配なこと

◆本人の手帳や障がい受容の程度
結果説明の際の本人同席の有無

知能(発達)検査

～検査方式～

<原則>

田中ビネー式知能検査

新版K式発達検査

～嘱託医診察～

* 新規3歳未満:小児科医

原則 第2、3水曜日 9:30

第3月曜日 9:30

* 新規18歳以上、再判定不要者

の状態変化による再判定:精神科医

原則 第1、3、4木曜日 13:00

第2水曜日 13:00

第2月曜日 13:00



結果見込説明

C.W.と心理判定員 同席面接

～心理判定員より検査の結果～

- * 検査時の様子、特徴、工夫等
- * 手帳交付について

- ・手帳交付までに凡そ1ヶ月程度かかる
- ・市町村窓口をとおして交付される
- ・再判定年度になっても、当所からお知らせはしていない。自分から市町村窓口に申請する。

※非該当(却下)見込みのケースは丁寧な説明を心掛けています。



