

フェイスシート

記載日 平成 年 月 日

| | | | | | | | |
|------|----------|-------|------|----|-----|-----|----|
| ふりがな | | | 生年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | | 性別 | | 血液型 | | |
| 住所 | 〒 | | | | | 利き手 | |
| 障がい名 | | | | | | | |
| 所有手帳 | 療育手帳 | (A・B) | 平成 | 年 | 月 | 日 | 取得 |
| | 精神保健福祉手帳 | (級) | 平成 | 年 | 月 | 日 | 取得 |
| | 身体障害者手帳 | (級) | 平成 | 年 | 月 | 日 | 取得 |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 氏名 | 続柄 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

緊急時の連絡先

| | | | | | | | |
|----------------|------|-----|----|------|--|--|--|
| 保護者 父 | 氏名 | | | | | | |
| | 電話 | 自宅 | | 勤務先等 | | | |
| 保護者 母 | 氏名 | | | | | | |
| | 電話 | 自宅 | | 勤務先等 | | | |
| () | 氏名 | | | | | | |
| | 電話 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | |
| 主治医 | 病院名 | | | | | | |
| | 主治医名 | | 電話 | | | | |
| 所属(学校等、会社)の連絡先 | 名称 | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話 | | | | | |
| | | 担当者 | | | | | |
| 住所 | | | | | | | |

出生及び生育の経過

| | | | | | | | |
|--------|--------|-----------------|--------|--|--|--|--|
| 出生病院 | | | | | | | |
| 在胎週数 | | 出生体重 | | | | | |
| 出生期の異常 | 無 | 有(仮死・黄疸・その他[]) | | | | | |
| おすわり | か月頃 | はいはい | か月頃 | | | | |
| 歩行 | 歳 か月頃 | ことば | 歳 か月頃 | | | | |

現在治療を受けている病気

| 時期 | 病名 | 医療機関 | 服薬及び制限等 |
|----|----|------|---------|
| | | | |