

本人の紹介

プロフィール

ふりがな 本人氏名			住 所	電話 ()		
生年月日			性 別	男 ・ 女	血液型	型
連 絡 先	第 1 連絡先		本人との 関係		電話	- -
	第 2 連絡先		本人との 関係		電話	- -
既往症名						

家族構成

[illegible]

通所経歴（児童発達支援事業所、放課後等デイサービス等）

施 設 名	所 属 期 間
	歳 か月 ～ 歳 か月
	歳 か月 ～ 歳 か月
	歳 か月 ～ 歳 か月
	歳 か月 ～ 歳 か月
	歳 か月 ～ 歳 か月

かかりつけの医療機関

医療機関名	初 診 日	主 治 医	備 考（診断等）
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		

発達に関わる検査について

検 査 名	実 施 時 期	検査機関	結 果
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		
	年 月 日 （ 歳 か月時 ）		

障害者手帳の有無について

手帳の種類	取得日
身体障害者手帳	年 月 日 （ 歳 か月時）
療育手帳	年 月 日 （ 歳 か月時）
精神障害者保健福祉手帳	年 月 日 （ 歳 か月時）