**わたしの基本情報**

記入日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **氏名** |  | **愛称** |  |
| **生年月日** |  | **血液型** | A　・　B　・　O　・　AB  [　　　　　　] |
| **住所** | 〒  電話番号（　　　　　）　　　－ | | |

**家族構成**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名** | **続柄** | **職業・勤務先・学校名など** | **同別居** | **健康状態** |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
|  |  |  | * 同居 * 別 | * 健康 * 否 |
| その他　　※　家族・親戚などで本人と関わりのある場合など記入 | | | | |

**手帳の取得状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **療育手帳** | 等級 | Ａ　　　　・　　　　Ｂ |
| 取得年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| **精神障害者**  **保健福祉手帳** | 等級 | 1　　　・　　　2　　　・　　　3　　　級 |
| 取得年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| **身体障害者手帳** | 視覚　　・　　聴覚　　・　　言語　　・　　そしゃく  肢体　　・　　内部　（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 等級 | 1　・　2　・　3　・　4　・　5　・　6　　　級 |
| 取得年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 更新年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |

**利用している福祉サービス**

|  |  |
| --- | --- |
| **利用している福祉制度やサービス** | **担当者名** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**緊急連絡先**

**緊急連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **順位** | **氏名** | **続柄** | **連絡先** |
|  |  |  | 自宅　・　携帯　・　勤務先など（　　　　　　　　）  電話番号（　　　　）　　　－ |
|  |  |  | 自宅　・　携帯　・　勤務先など（　　　　　　　　）  電話番号（　　　　）　　　－ |
|  |  |  | 自宅　・　携帯　・　勤務先など（　　　　　　　　）  電話番号（　　　　）　　　－ |

**かかりつけの病院**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医療機関名** |  | **診察科** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　）　　－ | **担当者** |  |
| **医療機関名** |  | **診察科** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　）　　－ | **担当者** |  |
| **医療機関名** |  | **診察科** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　）　　－ | **担当者** |  |

**その他の関係機関（学校や施設など）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **関係機関名** |  | **担当者** |  |
| **連絡先** | 〒  電話番号（　　　　　）　　　－ | | |

**今までにかかった病気の記録**

※　今までにかかった病気（ぜんそく、てんかん、アトピー性皮膚炎、はしかなど）を記録しましょう

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病気の種類** | **現在の症状の有無** | **症状が出た時期** |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |
|  | □　現在も症状がある  □　現在は症状はない | 歳 |

**持病・投薬など**

記入日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病名** | |  |
| **症状** | |  |
| **対処法** | |  |
| **投薬** | **薬の種類** |  |
| **投薬時間** |  |
| **医療機関名** | | ☎（　　　　　）　　－ |

記入日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病名** | |  |
| **症状** | |  |
| **対処法** | |  |
| **投薬** | **薬の種類** |  |
| **投薬時間** |  |
| **医療機関名** | | ☎（　　　　　）　　－ |

記入日　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病名** | |  |
| **症状** | |  |
| **対処法** | |  |
| **投薬** | **薬の種類** |  |
| **投薬時間** |  |
| **医療機関名** | | ☎（　　　　　）　　－ |

**受診と検査の記録**

※　病院を受診したり検査を受けた時に記録しましょう

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受診日と年齢** | **受診（検査）結果** | **担当者** |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |
| 年　　月　　日 （　　　　　　歳） |  |  |

**療育や訓練の記録**

* 受けた療育や訓練（言語・心理・作業療法など）を記録しましょう

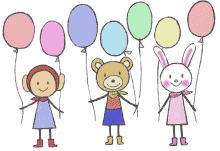
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **療育や相談を受けた期間** | **療育機関名** | **内容** |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |
| 年　　月　～　　　年　　月 （　　　　歳　～　　　歳まで） |  |  |

**相談の記録**

※　受けた相談（発達相談など）を記録しましょう

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |



|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |
| **相談日** | 年　　　月　　　日 | **相談機関**  **（担当者）** | （　　　　　　　　　） |
| **相談したこと** |  | | |
| **助言・アドバイス など** |  | | |

