

作成日 年 月 日 記入者

カナ			性別	男・女	生年月日	
氏名					H・R	年
住所	〒 _____			所属(学校名)		
電話番号	(_____)	-		自宅・携帯		
緊急連絡先1	(_____)	-		本人との関係(_____)		
緊急連絡先2	(_____)	-		本人との関係(_____)		
平熱	_____ °C					
療育手帳	無・有()		(判定: _____)		診断名、障害名等(病院名、 _____)	
身体障害者手帳	無・有()		(_____)			
精神障害者保健福祉手帳	無・有()		(_____)			
通所受給者証番号	_____		_____			
これまでに関わった機関、病院名等						

視力	見える ・ 大きい文字なら ・ 微かに見える ・ 見えない	他に何かあれば、 ご記入ください。
	眼鏡 (使用 ・ 不使用) コンタクト (使用 ・ 不使用) 目薬 (使用 ・ 不使用) 眼科通院 (している ・ していない) 病院名、担当医 (_____) 疾病名 (_____)	
聴力	聞こえる ・ 大きい音なら ・ やや難聴 ・ 全然聞こえない	
	補聴器 (使用 ・ 不使用) 薬等 (使用 ・ 不使用) 耳鼻科通院 (している ・ していない) 病院名、担当医 (_____) 疾病名 (_____)	

内 科	内科通院（ している ・ していない ） 病院名、担当医 （ 疾病名 （ 風邪ひきやすい・お腹壊しやすいなど注意点等あれば記入を。 ⇒（	
服 薬	常に服用しているもの （ アレルギー反応等を起こした事のあるもの （ 用途 （ 頻度 （	

基本情報(フェイス) シート 2

てん

	続柄	氏名	生年月日	年齢	職業	備考
					(曜日・就業時間) 学校(学年)	
同居 家族						

家族（家系図・ジェノグラム）	保護者の願い（求めていること）

気になる事、伝えておきたい事、相談内容など

希望利用開始予定日 年 月 日 () より

とん

歳
学年
)
)

、診断日)

とん

考欄

と)

