（シート１様式　表）

illust4535illust4535ファイル様式　　　　　　シート１：フェースシート

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

記入者：　　　　　 　　　（続柄　　）

　　　●基本情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | ふりがな |  | | | 続柄 |
| 本人の名前 |  | 男・女 | 保護者氏名 |  | | |  |
| 愛　　称  （呼び名） |  | | 緊急連絡先  電話番号 |  | 続柄 |  | 自宅・携帯・職場・その他  （　　　　） |
| 生年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日（　　才） | |  | 続柄 |  | 自宅・携帯・職場・その他  （　　　　） |
| 住所／電話 ① | 〒  （　　　年　　月～　 　年　　月）　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 住所／電話 ② | 〒  （　　　年　　月～　 　年　　月）　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 住所／電話 ③ | 〒  （　　　年　　月～　 　年　　月）　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

　　　●家族の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 同居  の別 | 備　　考  （職業、健康状態など） |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |

●主な相談機関

※市町村の担当部署や、保育所・幼稚園、学校、相談支援事業所、児童福祉サービス事業所等）

|  |  |
| --- | --- |
| 相 談 機 関 名 | 電話番号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

（シート１様式　裏）

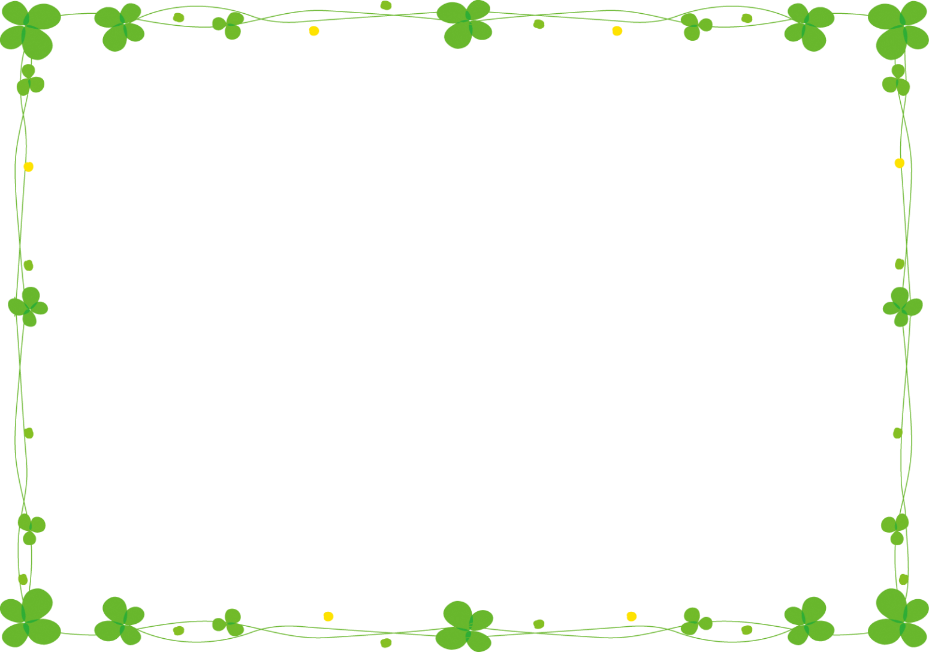
●手帳・手当の取得

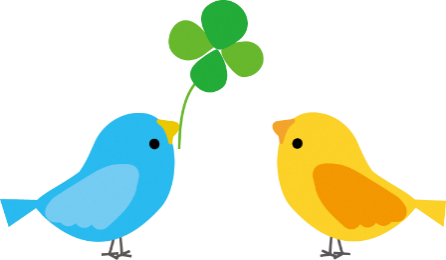
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名　称 | 等　級 | 取得・認定年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

●医療関係情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関の受診状況 | 初診日 | 医療機関名 | 担当医師 | 診断名など  （診察結果） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 持病  （慢性的な病気） | 1.無  2.有 | 慢性的な病気  の詳細 |  |
| 体質、  アレルギー  など | 1.無  2.有 | 体質、  アレルギー  などの詳細 |  |
| かかりやすい  病気 | 1.無  2.有 | かかりやすい  病気の詳細 |  |
| その他 |  | | |





ここには、ご本人やご家族の

写真などを貼ってください