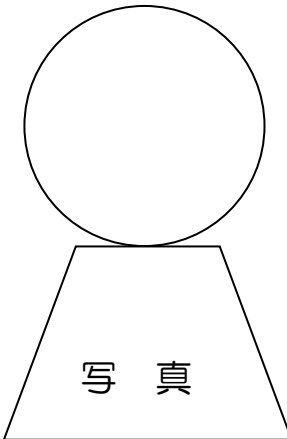


本人の紹介

記入日： 年 月 日 記入者：

ふりがな				愛称	性別	生年月日				
氏名					男・女	年 月 日				
 <p>お子さんの写真を貼ってね。</p>				住所・電話	〒 電話 ()					
					〒 電話 ()					
				緊急連絡先	順位	氏名	続柄	連絡先		
①			()							
②			()							
③			()							
家族構成	氏名	生年月日	続柄	連絡先等	氏名	生年月日	続柄	連絡先等		
アレルギー	無・有	〈内容、対応など〉								

このファイルを読まれる方へ ～保護者からのお願い～

子どもの年齢 (歳)

※支援者の方に必ず伝えたいことや、性格・個性、注意事項などをご記入ください。

かかりつけ医療機関	診療科	病院名	担当医師名	内容

手帳等	診断名			
	身体障害者手帳		療育手帳	
	交付	年 月 日	交付	年 月 日
	視・聴・肢体・内部（	種 級）	（ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ）	
	交付	年 月 日	交付	年 月 日
	視・聴・肢体・内部（	種 級）	（ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ）	
	交付	年 月 日	交付	年 月 日
	視・聴・肢体・内部（	種 級）	（ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ）	
	交付	年 月 日	交付	年 月 日
	視・聴・肢体・内部（	種 級）	（ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ）	
精神障害者保健福祉手帳		その他		
交付	年 月 日			
交付	年 月 日			
交付	年 月 日			

