

現況について

令和 年 月 日現在

ふりがな						
児 童 氏 名						
日中の所属先（学校名等）						
日中の所属先での様子						
相談支援事業所名				相談支援専門員 (福祉サービスの相談)		
現在利用している 福祉サービス						
障 が い の 程 度	療育手帳	☐ 無	☐ 有	(障がいの程度) A ・ B		
	身体障害者手帳	☐ 無	☐ 有	(等級) 級 ()		
	精神障害者保健福祉手帳	☐ 無	☐ 有	(等級) 級		
医 療 面 に つ い て	診断名					
	服薬中の薬名					
	かかりつけ医					
	既往症 (アレルギー等も含む)					
家 族 の 状 況 （裏面にも記入欄あり）	ふりがな	続柄	年齢	勤務先等	同居の 有無	特筆すべき状況が あれば記入
	氏 名					
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	
					有・無	

※障がいの程度がわかる手帳や診断書がある方はコピーを提出してください。

[illegible]