

フェイスシート

記載日 年 月 日

ふりがな		生年月日	年	月	日
氏名		性別		血液型	
住所	〒			利き手	
障がい名					
所有手帳	療育手帳	(A・B)	年	月	日取得
	精神保健福祉手帳	(級)	年	月	日取得
	身体障害者手帳	(級)	年	月	日取得
家族構成	氏名	続柄	氏名	続柄	

緊急時の連絡先

保護者 父	氏名				
	電話	自宅		勤務先等	
保護者 母	氏名				
	電話	自宅		勤務先等	
()	氏名				
	電話				
	住所				
主治医	病院名				
	主治医名		電話		
所属(学校 等、会社) の連絡先	名称				
	連絡先	電話			
		担当者			
住所					

出生及び生育の経過

出生病院				
在胎週数		出生体重		
出生期の異常	無	有(仮死・黄疸・その他[])		
おすわり	か月頃	はいはい	か月頃	
歩行	歳 か月頃	ことば	歳 か月頃	

現在治療を受けている病気

時期	病名	医療機関	服薬及び制限等