


記入日		連絡先	
記入者		職種	

B 本人の情報

(ふりがな) 名前				写真を貼りましょう 		
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女			
住所・連絡先	〒 自宅： 携帯：					
緊急連絡先 (名前・電話)	① 携帯：	② 携帯：	③ 携帯：	(備考)		
疾患名						
障がい手帳	種類： <input type="checkbox"/> 身障手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 内容（ ）					
保険種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 ・ <input type="checkbox"/> 社会保険 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）					
医療費の助成等	医療証（ <input type="checkbox"/> 乳児 ・ <input type="checkbox"/> 母子 ・ <input type="checkbox"/> 重度 ） <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成 <input type="checkbox"/> 難病医療費助成 自立支援医療（ 更生医療 ・ 育成医療 ・ 精神通院 ）					
障がい支援区分	<input type="checkbox"/> 小児区分1 <input type="checkbox"/> 小児区分2 <input type="checkbox"/> 小児区分3 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6					
医療機関受診状況	医療機関名（診療科）	主治医		受診頻度	対象疾患	
家族	氏名	年齢	続柄	職場	連絡先	
家族構成図	キーパーソン（氏名： 続柄： ） 主介護者（氏名： 続柄： ）			社会関係図	※本人と関わりを持つ機関・人物等	
手当・福祉サービス利用など	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス利用（支援区分： ） <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 年金（ ） <input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特別障害者手当					
現在までの経過						
本人の願い・意向						
家族の願い・意向						