



プロフィール

ふりがな
 名前 _____ ニックネーム _____

性別 _____ 血液型 _____ 型 (_____)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ

住所 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月) 〒 _____ - _____

住所 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月) 〒 _____ - _____

連絡先 _____ 電話 携帯 _____
 ふりがな _____ 自宅 _____
 名前 _____ 続柄 (_____) FAX _____

連絡先 _____ 電話 携帯 _____
 ふりがな _____ 自宅 _____
 名前 _____ 続柄 (_____) FAX _____

家族構成	ふりがな 名前	続柄	同居	別居	生年月日	職業・学校など
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日	

転園の時期、通級のクラス
などを書き込みましょう♪

所属しているところ

保育所（園）・幼稚園名など	担任の先生		メモ
	0歳児	先生	
	1歳児	先生	
	2歳児	先生	
	3歳児（年少）	先生	
	4歳児（年中）	先生	
	5歳児（年長）	先生	

通っているところ

サークルや習い事など通っているところを記入しましょう

時期	利用場所	利用頻度	メモ
年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 月 回	
年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 月 回	
年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 月 回	
年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 月 回	
年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 月 回	
年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 月 回	
年 月～ 年 月		<input type="checkbox"/> 週 回 <input type="checkbox"/> 月 回	





医療の記録

今後のために残しておいたほうがいいと思う受診歴、薬のことを記入しましょう

時 期	病 名 診 断 名	医療機関名 (診療担当科)	主治医	メモ (症状、対処法、薬の名前、 服薬方法など)
年 月～ 年 月		(科)		
年 月～ 年 月		(科)		
年 月～ 年 月		(科)		
年 月～ 年 月		(科)		
年 月～ 年 月		(科)		



相談の記録

時 期	相談機関名	メモ (主な困りごと、助言内容など)
年 月～ 年 月		



検査の記録

実施日/年齢	検査機関名	検査名	メモ (検査結果、助言内容など)
年 月 日 (歳 か月)			
年 月 日 (歳 か月)			

手 帳

療育手帳 A B 1 B 2 (年 月 日 取得)

身体障害者手帳 () 級 (年 月 日 取得)

精神障害者保健福祉手帳 () 級 (年 月 日 取得)