



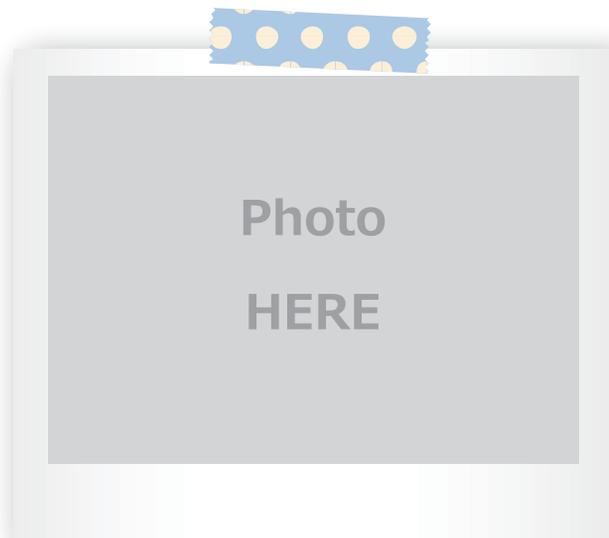
変更があった場合は二重線で消して書き直すか、書き換えて最新の情報にしておきましょう。

記入日 西暦 年 月 日

記入者氏名 \_\_\_\_\_

ふりがな				性別	男・女	血液型	型
氏名							
生年月日	西暦	年	月	日	家庭での呼び名		
住所	〒 _____						
ふりがな				続柄		電話番号	
保護者名							
緊急連絡先	氏名			関係		電話番号	
	氏名			関係		電話番号	
同居の家族	氏名	続柄	生年月日		備考		
			西暦	年	月	日	
			西暦	年	月	日	
			西暦	年	月	日	
			西暦	年	月	日	
			西暦	年	月	日	

★本人や家族の写真を貼りましょう。



● かかりつけの医療機関

医療機関	電話番号	担当医	初診日／受診の目的など

● 支援が必要な診断名や傾向について (てんかん・喘息・アレルギー等も含む)

診断名 (疑い含む)	医療機関	診断時期
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

● 相談機関と連絡先

機関の名称	連絡先	担当者