

フェイスシート

記入日（ 20 年 月 日 ）

氏名 (ふりがな)		電話番号	
		FAX 番号	
		携帯(続柄)	
住所 (〒 -)		E-mail	
		診断名	
		診断を受けた 病院(主治医)	20 年 月頃 病院 (先生)
		顔写真 20 年 月 撮影	
生年月日	20 年 月 日		
身障手帳	判定 () 種 () 級		
療育手帳	判定 (A ・ B1 ・ B2)		
精神手帳	判定 () 級		

家族の状況 (本人以外)	氏名	続柄	生年月日	同・別居	職業(学校)
			年 月 日	同・別	
			年 月 日	同・別	
			年 月 日	同・別	
			年 月 日	同・別	
			年 月 日	同・別	
			年 月 日	同・別	

緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	連絡先
				<input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 職場

現在の通園・通学先	名 称	学年

現在利用している医療機関・福祉サービス	名 称	利用頻度

一週間の過ごし方		月	火	水	木	金	土	日	備考
	午前								
	午後								
	夕方								