|  |
| --- |
| 障害について |



障害についてご記入ください

|  |
| --- |
| **診断名など** |
| ① | 診断名 |   | 初診日 |  年 月 日 |
|  | 病院名 |   |
| ② | 診断名 |   | 初診日 |  年 月 日 |
|  | 病院名 |   |

手帳の情報をご記入下さい

|  |
| --- |
| **取得手帳の詳細** |
| 身体障害者手帳 | なし | ＿ 級 | 交付日： 年 月 日更新日： 年 月 日 |
| 療育手帳 | なし |   | 交付日： 年 月 日更新日： 年 月 日 |
| 精神障害者福祉手帳 | なし | ＿ 級 | 交付日： 年 月 日更新日： 年 月 日 |





|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | ＿ 年 | ＿ 月 | ＿ 日 |  |
| ※ 内容に変更があった場合は更新していきましょう |
|  |
|  | 記入者： |   |

|  |
| --- |
| 身体について |



身体の状態についてご記入ください



|  |
| --- |
| **状態**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **状態**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **状態**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **状態**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **状態**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **状態**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **状態**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **状態**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **状態**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **状態**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **状態**  |
| **配慮してほしいこと**  |

**伝えたいこと**

|  |
| --- |
|   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | ＿ 年 | ＿ 月 | ＿ 日 |  |
| ※ 内容に変更があった場合は更新していきましょう |
|  |
|  | 記入者： |   |

|  |
| --- |
| 内面的な特徴について |



ご本人の性格や好きなこと、嫌いなことについてご記入ください

|  |
| --- |
| **特徴**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **特徴**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **特徴**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **特徴**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **特徴**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **特徴**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **特徴**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **特徴**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **特徴**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **特徴**  |
| **配慮してほしいこと**  |

|  |
| --- |
| **特徴**  |
| **配慮してほしいこと**  |

**伝えたいこと**

|  |
| --- |
|   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | ＿ 年 | ＿ 月 | ＿ 日 |  |
| ※ 内容に変更があった場合は更新していきましょう |
|  |
|  | 記入者： |   |

|  |
| --- |
| 現病歴について |



現在治療中の病気やかかりつけの病院についてご記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病 名 |   | 病院名 |   |
| 担当医 |   | 通院頻度 |   |
| 備 考 |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病 名 |   | 病院名 |   |
| 担当医 |   | 通院頻度 |   |
| 備 考 |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病 名 |   | 病院名 |   |
| 担当医 |   | 通院頻度 |   |
| 備 考 |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病 名 |   | 病院名 |   |
| 担当医 |   | 通院頻度 |   |
| 備 考 |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | ＿ 年 | ＿ 月 | ＿ 日 |  |
| ※ 内容に変更があった場合は更新していきましょう |
|  |
|  | 記入者： |   |

|  |
| --- |
| 既往歴について |



過去に治療した病気や手術経験についてご記入ください

|  |
| --- |
| **過去に治療した病気について** |
| 病名 | かかった時期 | 特記事項 |
| 例 ： てんかん | 1990年10月12歳頃 | 15歳の時に治療完了 |
| ＿  | ＿ 年 月 日 歳頃 |   |
| ＿  | ＿ 年 月 日 歳頃 |   |
| ＿  | ＿ 年 月 日 歳頃 |   |
| ＿  | ＿ 年 月 日 歳頃 |   |

|  |
| --- |
| **過去に治療した大きなケガや手術歴について** |
| ケガの名称や手術名等 | 治療した時期 | 特記事項 |
| 例 ： 右腕骨折 | 1992年8月14歳頃 |  |
| ＿  | ＿ 年 月 日 歳頃 |   |
|   | ＿ 年 月 日 歳頃 |   |
|   | ＿ 年 月 日 歳頃 |   |
|   | ＿ 年 月 日 歳頃 |   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | ＿ 年 | ＿ 月 | ＿ 日 |  |
| ※ 内容に変更があった場合は更新していきましょう |
|  |
|  | 記入者： |   |

|  |
| --- |
| 常用薬について |



処方せんを挟み込むか、のり付けをしてください

|  |
| --- |
| 貼りつけ |

|  |
| --- |
| 貼りつけ |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | ＿ 年 | ＿ 月 | ＿ 日 |  |
| ※ 内容に変更があった場合は更新していきましょう |
|  |
|  | 記入者： |   |

|  |
| --- |
| アレルギー |



アレルギーについてご記入ください

　　　　　食べ物以外のアレルギーの（ ）には、具体的な種類をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| アレルギー | あり | 注意点や配慮してほしいこと |
| 小麦 | □ |   |
| そば | □ |   |
| 牛乳 | □ |   |
| たまご | □ |   |
| 大豆 | □ |   |
| 甲殻類 | □ |   |
| ＿  | □ |   |
| ＿  | □ |   |
| ＿  | □ |   |
| ＿  | □ |   |
| ＿  | □ |   |
| ＿  | □ |   |
| 食べ物以外のアレルギー |  |  |
| 薬（　　　　　　　　　　　　　） | □ |   |
| 金属（ 　　　　　　　　　　　） | □ |   |
| 動物（ 　　　　　　　　　　　） | □ |   |
| 花粉（ 　　　　　　　　　　　） | □ |   |
| ＿  | □ |   |
| ＿  | □ |   |
| ＿  | □ |   |
| ＿  | □ |   |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | ＿ 年 | ＿ 月 | ＿ 日 |  |
| ※ 内容に変更があった場合は更新していきましょう |
|  |
|  | 記入者： |   |