

フェイスシート

記入年月日

記入者:

ふりがな		生年月日		年齢
氏名				
		性別		血液型
住所	〒	TEL		
		FAX		
学校名		学年	身長	体重
		年	cm	kg
診断名・障害名				

ふりがな				続柄	携帯電話
家族代表者 氏名					
家族構成	名前	続柄	生年月日	年齢	職業・学年・電話(勤務先、学校名)等
緊急時の 連絡先	氏名	続柄	連絡先		備考
	①				
	②				
	③				
相談 事業所				担当者	
				連絡先	

手帳・種別				
身体障害者手帳(有・無)	種 級			
療育手帳(有・無)	A ・ B			
精神障害者保健福祉手帳	有 ・ 無			
過去に利用していた福祉施設等				
所属機関名(保育園・親子通園・療育センター・学校等)			期間	
現在利用している福祉サービス				
事業所名		サービス種別		利用状況(頻度・曜日)
		放デイ・児発・訪看・訪リハ・居宅介護・短期入所 (その他:)		
		放デイ・児発・訪看・訪リハ・居宅介護・短期入所 (その他:)		
		放デイ・児発・訪看・訪リハ・居宅介護・短期入所 (その他:)		
		放デイ・児発・訪看・訪リハ・居宅介護・短期入所 (その他:)		
		放デイ・児発・訪看・訪リハ・居宅介護・短期入所 (その他:)		
		放デイ・児発・訪看・訪リハ・居宅介護・短期入所 (その他:)		
		放デイ・児発・訪看・訪リハ・居宅介護・短期入所 (その他:)		
		放デイ・児発・訪看・訪リハ・居宅介護・短期入所 (その他:)		
		放デイ・児発・訪看・訪リハ・居宅介護・短期入所 (その他:)		
病院	病院名	診療科目	担当医	受診頻度
	☆かかりつけ医			
【救急搬送病院】				
備考				