

プロフィール

記入日： 年 月 日

ふりがな 名 前 (性別) 愛称 (いつも呼ばれている呼び名)		生年月日	年 月 日
		家族構成	
住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	

診断名 診断機関名		障害者 手帳	身体 (種 級) 第 () 号
			療育 (A・B1・B2) 第 () 号
			精神 (1級・2級・3級) 第 () 号
医療的ケア	なし・あり ()		
アレルギー	なし・あり ()		
薬	常用薬 () 禁忌薬 ()		
発作時の 対処法			
身体の状態等	<input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 身体虚弱 <input type="checkbox"/> 体温調節必要 <input type="checkbox"/> 身体の麻痺 <input type="checkbox"/> その他 ()		
支援を受ける 場合の注意点			

緊急連絡先

連絡 ①	ふりがな 名前・施設名		本人との 関係	
	住 所 居住地・所在地	〒		
	連絡先	固定電話		
		携帯電話		
連絡 ②	ふりがな 名前・施設名		本人との 関係	
	住 所 居住地・所在地	〒		
	連絡先	固定電話		
		携帯電話		