

本人の紹介

記入日： 年 月 日 記入者：

ふりがな		愛称	性別	生年月日				
氏名			男・女	年 月 日				
写真		住所	〒 ()					
			〒 ()					
		緊急連絡先	順位	氏名	続柄	連絡先		
				()				
				()				
				()				
家族状況	氏名	生年月日	続柄	連絡先等	氏名	生年月日	続柄	連絡先等
アレルギー	無・有	内容						
医療的ケア	無・有	内容						
発作の有無	無・有	様子や対応など						

服 薬	無 ・ 有	<薬の種類>		<服薬回数・服薬方法> 朝・昼・夕・夜・その他()				
		その他の 医療情報等						
主 な 医 療 機 関	診療科	病院名	担当医師名	内 容				
診 断 名								
手 帳 等	身体障害者手帳			療育手帳				
	交付	年	月	日	交付	年	月	日
		視・聴・肢体・内部()		種	級)	(A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2)		
	交付	年	月	日	交付	年	月	日
		視・聴・肢体・内部()		種	級)	(A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2)		
	交付	年	月	日	交付	年	月	日
		視・聴・肢体・内部()		種	級)	(A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2)		
	精神障害者手帳			その他				
交付	年	月	日					
交付	年	月	日					