（シート１様式　表）

ファイル様式　　　　　　シート１：フェースシート

記入日：令和　　　年　　　月　　　日

記入者：

（本人・家族・その他　　　　）

　　　●基本情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性　別 | | ふりがな |  | 続柄 |
| 本人氏名 |  | | 男・女 | | 保護者氏名 |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日生　（　　　　才） | | | | | | |
| 本人の連絡先 | 電話番号 |  | | | メール  アドレス |  | 自宅・携帯  職場・その他  （　　　　） |
| 本人以外の連絡先 | 氏　名 |  | | 続柄 | 電話番号 |  | 自宅・携帯  職場・その他  （　　 　） |
|  |
| 現在の所属  （学校、職場、  事業所など） |  | | | | 通学、通勤、  通所方法 | 交通手段（　　　 　 　　　） | |
| 自立・要支援（内容 　　　） | |
| 住所／電話  ① | 〒  （　　　　年　　　月～　　　　年　　　月）　電話番号 （　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 住所／電話  ② | 〒  （　　　　年　　　月～　　　　年　　　月）　電話番号　（ 　　　　　　　） | | | | | | |

　　　●家族の状況

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 同居  の別 | 備　　考  （職業、健康状態など） |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |

●手帳の取得状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 手帳の種類 | 障害の程度、等級 | 交付年月日 | 次回判定、有効期限年月日 |
| 療育・精神・身体  （※取得手帳に○を記入） |  |  |  |
|  |  |  |

（シート１様式　裏）

●福祉制度の利用状況

　※特別児童扶養手当や障害年金などを受給している場合に記入しましょう。

|  |  |
| --- | --- |
| 福　祉　制　度　名 | 次回更新年月日（更新がある場合） |
|  |  |
|  |  |

●定期的に利用している相談支援機関・サービス事業所の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 相 談 支 援 機 関 ・サ ー ビ ス 事 業 所 名 | 担当者職、氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

●資格の取得状況（運転免許など）

|  |  |
| --- | --- |
| 資　格　の　名　称 | 取 得 年 月 日 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

●医療関係情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 定期的に  利用している  医療機関 | 1.無  2.有  3.過去に有 | 医療機関名、  主治医、  診断名など | 平成・令和　　年　　月　　日～ |
| 平成・令和　　年　　月　　日～ |
| 平成・令和　　年　　月　　日～ |
| 継続して  服用している  くすり | 1.無  2.有  3.過去に有 | くすり名、  回数、量 |  |
| 体質、  アレルギーなど | 1.無  2.有 | 体質、  アレルギー  などの詳細 |  |
| かかりやすい  病　気 | 1.無  2.有 | かかりやすい  病気の詳細 |  |

※お薬の説明書も一緒にとじ込んでおくと便利です。