

# プロファイル

記入日 年 月 日 記入者

## ●わたしの情報

ふりがな	家庭での呼び名		年 月 日	年 月 日
氏名	男・女	生年月日	生年月日	生年月日
住所	自宅 電話番号 携帯			

## ●家族の情報

続柄	氏名	生年月日	所属(職業・学校等)	備考
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

## ●緊急連絡先

連絡先 1	父・母・祖父・祖母・その他( )	電話番号	携帯番号	メールアドレス
連絡先 2	父・母・祖父・祖母・その他( )	電話番号	携帯番号	メールアドレス

## ●基礎疾患・アレルギーなど

食品アレルギー (数人ではいけない)	なし・あり (薬名)
食物アレルギー	なし・あり (名前)
環境アレルギー	なし・あり (種類)
てんかん	なし・あり (タイプ)
機能的な病気	なし・あり (病名)
常用薬 (いつも飲んでる薬)	なし・あり (薬名)

## ●診断名

診断名	診断機関名	担当医	診断時期
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

## ●手帳等の記録(新規・更新のときに記入してください。)

療育手帳	A1	A2	B1	B2	番号
療育手帳	交付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
療育手帳	再交付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
療育手帳	再交付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体障害者手帳	視覚・聴覚・肢体・内部	等級	再認定年月日	再認定年月日	再認定年月日
身体障害者手帳	1	2・3・4・5・6	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体障害者手帳	交付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体障害者手帳	視覚・聴覚・肢体・内部	等級	再認定年月日	再認定年月日	再認定年月日
身体障害者手帳	1	2・3・4・5・6	年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体障害者手帳	再交付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
精神障害者保健福祉手帳	1	2・3	有効期限	有効期限	有効期限
精神障害者保健福祉手帳	交付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
精神障害者保健福祉手帳	再交付	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日