

記録日: 年 月 日

## フェイスシート

ふりがな		性別	生年月日
児童氏名		男 女	年 月 日生まれ (満 歳)
住所 (〒 - )	所属(学校名)		学年

自宅電話 ( - - )    携帯電話① ( - - ) (連絡先 : )  
 携帯電話② ( - - ) (連絡先 : )

療育手帳	:	無 有	(判定: )	診断名、障がい名等(病院名、診断日)
身体障害者手帳	:	無 有	( 級)	
精神障害者保健福祉手帳	:	無 有	( 級)	
通所受給者証番号	:			

これまでに関わった機関、病院名等

項目	確認内容	備考
通院	している ・ していない	診断等:
	※「している」にチェックした場合 利用機関名 ・ 内容(診断等) ・ 利用頻度	
	①	
	②	
服薬	している ・ していない	※酔い止め・頓服等
	※「している」にチェックした場合 薬名 ・ 用途 ・ 服薬頻度	
	①	
	②	

家族	続柄	氏名	生年月日	年齢	同居 別居	職業(曜日・就業時間)・ 学校(学年)

●相談内容(困っていること、求めていること)