

フェイスシート

記入日	西暦 年 月 日	記入者
-----	----------	-----

【利用児童の基本情報】

かな氏名	生年月日 (西暦)	性別	血液型
在籍学校(園)名	学年		
自宅住所	〒		

【家族構成 & 緊急連絡先】

* 家族構成は、**緊急連絡の順に記載**をお願い致します。大人2名以上のご記載をお願い致します。

* 未成年のご家族様は、携帯番号・メールアドレス・会社名等は不要です。

* おおめ先は、いずれの個人携帯番号に繋がらない場合のみご連絡します。"習いごと教室のライクミー"と名乗らせて頂きます。

かな氏名	続柄	生年月日 (西暦)	個人携帯番号	メールアドレス	会社名・部署名 連絡先

【手帳】

障害種別	発達障害 ・知的障害 ・精神障害 ・身体障害 ・その他				
診断名	診断時期・診断機関				
療育手帳	有(第 種 A1 A2 B1 B2) ・ 取得予定 ・ 取得するか検討中 ・ なし				
精神障害者 保健福祉手帳	有(第 種 等級) ・ 取得予定 ・ 取得するか検討中 ・ なし				
身体障害者手帳	有(級) ・ 取得予定 ・ 取得するか検討中 ・ なし				

【発達・知能検査】

実施(年・月)	年齢	検査機関	結果
(例) 2020年5月	7歳	〇〇療育センター/△△児童相談所	B1

【福祉サービス利用状況】児童発達支援(児発)・放課後等デイサービス(放デイ)・通園・移動支援など

期間	サービスの種類	事業所名
2021年4月～現在	放デイ	〇〇放課後等デイサービス

【これまでの所属先】保育園・幼稚園・小学校など

期 間	所属先の種類	所 属 名
1歳～5歳	保育園	〇〇保育園
歳 ～ 歳		
歳 ～ 歳		
歳 ～ 歳		

【保健・福祉支援機関等】保健所・児童相談所・民間施設など

支援(年・月)	機関名	支援内容
(例) 2021年6月	〇〇療育センター	療育相談

【医療支援履歴】※大きな手術・入院や、定期通院などがある場合は医療機関など記入してください。

受診	医療機関名	受診内容
(年 月)・定期		
(年 月)・定期		
(年 月)・定期		

【生育歴】

出生児	早産児・未熟児・低体重児	胎児	普通・衰弱・仮死・双子・臍帯巻絡
主な病気	てんかん・熱性けいれん・その他()・なし		
特記事項、伝えたいことなど ※てんかん・熱性けいれんの場合は最後の発作時期と症状をご記載ください。			

【指導・支援に関わる確認事項】

平熱	
トイレ	手伝いが必要(拭きなおし(大・小)・ペーパー切り取り・衣服の着脱・付き添いのみ)・手伝い不要
アレルギー	有()・なし
偏食	有()・なし
食事	手伝いが必要(声掛け・食具の持ち方など・その他())・なし
異食	有()・なし
身体への行動	爪を噛む・髪の毛を抜く・壁に頭などを打ちつける・自分を叩く・その他() 特になし
好きな遊びや行動	
心配な行動や癖、苦手なもの(音や匂い、触感など)	

【その他備考】

これまでの項目に当てはまらないことがありましたらご記載ください。

以上です。
ご記入頂き、ありがとうございました。ご記入いただきました個人情報は、厳重に管理し、当施設の指導及び支援に関する目的、その他緊急時の医療機関への情報提供以外には使用することはありません。