|  |
| --- |
| フェイスシート（例） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 作成開始日　　令和　　年　　月　　日 |
| （ふりがな） | 　 | 　　性　別 | 　 | 生年月日 | 令和 | 年　　月　　日 |
| 幼児氏名 | 平成 |
| 保護者氏名 | 　 | 本人との族柄 | 　 | 保護者勤務先 | 　 |
| （電話番号） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現　住　所 |  〒（　　　 - 　　　　 ) | 緊急時連絡先 | 　 |
| 　 | （電話番号） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 家族構成 | 　 | 特別児童扶養手当受給の有無 | 有　・　無 |
| 手帳の有無 | 有（療育・身体障害・精神障害）・無 | 等級 | 　 |
| 生　育　歴（幼児期まで）・現在の状況 | （気になったこと・身体・健康状態・検診での指摘事項等） |
| 　 |
| 本人・保護者の願い | 　 |

|  |
| --- |
| 通院及び相談歴 |
| 区 　分 | 機　関　名 | 期　　　間 | 診断・所見等 |
| 通 院 | 　 | 令和 | 年　　月～ | 令和 | 年　　月 | 　 |
| 平成 | 平成 |
| 　 | 令和　 | 年　　月～ | 令和 | 年　　月 | 　 |
| 平成 | 平成 |
| 　 | 令和 | 年　　月～ | 令和 | 年　　月 | 　 |
| 平成 | 平成 |
| 相談歴 | 　 | 令和 | 年　　　　月 | 　 |
| 平成 |
| 　 | 令和 | 年　　　　月 | 　 |
| 平成 |
| 　 | 令和 | 年　　　　月 | 　 |
| 平成 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 現在受けている支援 |
| 分野 | 機関名 | 電話番号 | 担当者名 | 支援の内容 |
| 医　　　 療 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 保健 ・福祉 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 教　　　　育 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 地域その他 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受けたい支援・困っていること（緊急度が高いものには◎をつけてください） |
| 　 |
| ※このシートは、保育所・幼稚園等が保護者から聞き取り記載する。 | 　 | 　 | 　 |