|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | |  | |  |  |