

# プロフィール票

作成日： 年 月 日 記入者：( )  
 更新日： 年 月 日 記入者：( )

## 1. 氏名、住所等

本人	フリガナ		性別		生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所	〒666-02 猪名川町 Tel: (携帯: )				
	主障害		他の障害			
	診 断		手帳の種類		取得年月日・発行機関	
	診断名		① 療育			
	診断日	年 月 日	② 身体			
	診断機関		③ 精神			
	諸 検 査 の 結 果			実施日	実施機関	
	知能指数又は発達指数 (IQ・DQ ) テスト方式 ( )			年 月 日		
家族構成・ 保護者	続柄	氏名	生年月日	続柄	氏名	生年月日
在籍 園	0 歳 児		1 歳 児		2 歳 児	
	園名： 住所： Tel： 担任：		園名： 住所： Tel： 担任：		園名： 住所： Tel： 担任：	
	3 歳 児		4 歳 児		5 歳 児	
	園名： 住所： Tel： 担任：		園名： 住所： Tel： 担任：		園名： 住所： Tel： 担任：	

在籍校	小学校名		担 任				
	学校名： 住所：〒 Tel：	1年			4年		
		2年			5年		
		3年			6年		
	中学校名		担 任			その他 ( ) 学校名： 住所：〒 Tel：	
	学校名： 住所：〒 Tel：	1年					
		2年					
		3年					
	高等学校等名		担 任			担 任	
	学校名： 住所：〒 Tel：	1年					
		2年					
		3年					

## 2. 生育歴

乳児期	
幼児期	
学齢期	
成人期	

### 3. 療育歴

--

### 4. 主治医

主治医	〒	病院 (	(医師)	(内科・小児科・外科・歯科・	)
				TEL	
	病院 (				
	〒		(医師)		TEL
	成長発達に関する相談医師	〒	病院 (	(医師)	TEL

### 5. 治療履歴

医療機関名	治療期間	入院・外来	病名	主な療法
	年 月～ 年 月	入院・外来		
	年 月～ 年 月	入院・外来		
	年 月～ 年 月	入院・外来		
	年 月～ 年 月	入院・外来		
	年 月～ 年 月	入院・外来		
	年 月～ 年 月	入院・外来		
	年 月～ 年 月	入院・外来		
	年 月～ 年 月	入院・外来		
	年 月～ 年 月	入院・外来		
	年 月～ 年 月	入院・外来		

### 6. 日常生活状況 ※仮に1人暮らしをして、できるか？

着替え (1・2・3・4) 季節に合った服を用意できるか？	洗面 (1・2・3・4)	トイレ (1・2・3・4)	入浴 (1・2・3・4)
食事 (1・2・3・4)	散歩 (1・2・3・4)	炊事 (1・2・3・4)	洗濯 (1・2・3・4)
掃除 (1・2・3・4)	買物 (1・2・3・4) 収入の中で足りないものを買うか？	介護やヘルパーの支援を受けているか (いる・いない)	

(1. 自発的にできる 2. 自発的にできるが援助が必要 3. 自発的にできないが援助があればできる 4. できない)

記入日 年 月 日 歳