

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： 担 任		
	学校名： 住所：〒 Tel：	1年						
		2年						
		3年						
	高等学校等名		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) (内科・小児科・外科・歯科・ 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		

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