



個別のフェイスシート

フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	性別		
フリガナ 保護者氏名		転入学年月日	年 月 日			
現住所 電話番号	(〒 -) 区 町 番 号 (アパート・マンション名) 丁目 番地 ☎ - -					
療育手帳	無・有 総合判定() 交付番号(第 号) 判定年月日(年 月 日) 次期更新年月日(年 月 日)					
身体障害者 手帳	無・有()級・障害名() 交付番号(第 号) 交付年月日(年 月 日)					
精神障害者 保健福祉 手帳	無・有()級					
重度障害者 医療費受給 者証	無・有 公費負担者番号() 交付年月日(年 月 日) 受給者番号() 有効期限(年 月 日)					
健康保険証	種別() 交付年月日(年 月 日) 記号・番号() 有効期限(年 月 日) 世帯主() 事業所名() 保険者番号・名称()					
掛かりつけ の医療機関	医療機関名	診療科	住所	電話番号	主治医	
家族 構成	続柄	氏名	生年月日	急を要するときの連絡方法	連絡先の名称	続柄
	本人		年 月 日		TEL (- -)	
			年 月 日		連絡先の名称	続柄
			年 月 日		TEL (- -)	
			年 月 日		連絡先の名称	続柄
			年 月 日		TEL (- -)	
			年 月 日		連絡先の名称	続柄
		年 月 日	TEL (- -)			

教育歴	期間		教育機関名		所在地				
	年 月～ 年 月								
	年 月～ 年 月								
	年 月～ 年 月								
	年 月～ 年 月								
児童生徒の実態	平熱 ℃		血液型 (A ・ B ・ AB ・ O) 型 RH (+ ・ -)						
	診断・検査等			基礎疾患・アレルギー、運動・食事制限等					
	着脱 ・自立 ・一部介助 ・全介助 食事 ・自立 ・一部介助 ・全介助 排泄 ・自立 ・一部介助 ・全介助 移動 ・自立 ・一部介助 ・全介助			道具の使用 はさみ ・自立 ・一部介助 ・全介助 鉛筆 ・自立 ・一部介助 ・全介助 包丁 ・自立 ・一部介助 ・全介助 清掃道具 ・自立 ・一部介助 ・全介助					
	医療的ケア (有 ・ 無) ・吸引 ・吸入 ・酸素療法 ・経管栄養 ・導尿 ・てんかん発作時等の対応 ・インスリン療法 ・その他 ()								
	学習の様子		読み・書き (文の読み取り、漢字など)		数・量 (数量の認知、計算など)		デジタル機器の取り扱い (パソコン入力や、タブレット端末の利用などについて)		
コミュニケーション			意思表示・意思伝達理解 ・言語 (二語文以上 ・ 単語) ・発声で意思表示 ・身振り動作で意志表示 ・意思表示は困難だが、日常繰り返す言葉は理解可能 ・その他 (○○するとコミュニケーションが取りやすい等)				対人関係 (人とのかかわり方等)		
合理的配慮		学習面、生活面での有効な支援方法、支援場面など							
(てんかん発作) (有 ・ 無)		発作の状態							
		発作への対応 坐薬 (有 ・ 無)							
常備薬		薬品名		服用量		服用する回数 (1日 回 朝昼夕)		備考	

通学方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ スクールバス通学 ・ 自力通学 			<ul style="list-style-type: none"> ・ 自主通学(スクールバスのバス停までの自力) ・ 送迎(送迎者:) 		
	【スクールバス利用時バス停】					
	(行き)		(帰り:一斉便)	(帰り:時差便)		
	区 間		方法(交通機関等)	所要時間		
自宅 ↓ 学校	自 宅 から まで			分		
	から まで			分		
	から まで			分		
下校時のデイサービス送迎利用(有・無)						
【利用するデイサービス】(利用する曜日・回数等)						
訓練機関	訓練機関名	住所	電話番号	主治医		
福祉サービス	利用しているデイサービス、相談支援事業所、移動支援など					
	事業所名	住所	電話番号			
本人・保護者の願い・希望	第1学年	第2学年	第3学年			
	第4学年	第5学年	第6学年			