


# フェイスシート

記入日 年 月 日

本人	ふりがな			
	名前	(男・女)		
	生年月日	平成	年	月 日生
	住所	〒		
〒				
		(引っ越した日 平成 年 月 日)		
家族構成	 <p>□ 男 ○ 女</p>	名前	続柄	生年月日

★ 医療機関で受けた診断について

診断名	診断を受けた日	医療機関名
	年 月 日 診断	
	年 月 日 診断	
	年 月 日 診断	
	年 月 日 診断	

★ 生育歴

○ 出生時の状況

在胎 週 日	
出生時体重 g	身長 cm
出生場所	
分娩状況	普通・吸引・帝王切開・その他
出産時状態	普通・仮死あり・チアノーゼあり・臍帯巻絡 その他 ( )
出産後状態	黄疸(弱/普通/強)・保育器(有/無) 人工呼吸器の使用(有/無)・酸素の使用(有/無) その他 ( )

○成長の様子

運動発達の様子		精神発達の様子	
首がすわる	歳 か月	声を出して笑う	歳 か月
寝返り	歳 か月	人見知りをする	歳 か月
お座り	歳 か月	後追いをする	歳 か月
はいはい	歳 か月	指さしをする	歳 か月
つかまり立ち	歳 か月	バイバイなどの身振りをまねする	歳 か月
つたい歩き	歳 か月	意味のある単語を話す	歳 か月
一人で立つ	歳 か月	二語文を話す	歳 か月
一人で歩く	歳 か月		
両足跳び	歳 か月		
ケンケンする	歳 か月		

★ 福祉制度について

○手帳

			担当課
身体障害者手帳	種 級 第 号	認定日 年 月 日	障害福祉課
	種 級 第 号	認定日 年 月 日	
療育手帳	A ・ B	認定日 年 月 日	
	A ・ B	認定日 年 月 日	
精神保健福祉手帳	級	認定日 年 月 日	
	級	認定日 年 月 日	

○手当

特別児童扶養手当	1級 ・ 2級	決定日 年 月 日	子育て支援課
障害児福祉手当		決定日 年 月 日	障害福祉課
自立支援医療	精神通院公費負担・更正医療・育成医療		
小児慢性特定疾患		決定日 年 月 日	帯広保健所
障害年金	1級 ・ 2級	決定日 年 月 日	戸籍住民課 国民年金係