

現在の状態

1 心身の障害		
障害名		
障害の程度	愛の手帳 度 ・ 身体障害者手帳 級 ・ 精神障害者保健福祉手帳 級	
かかりつけの病院	あり（病院名： ） ・ なし	
通所、又は相談をしている機関	あり（機関名： ） ・ なし	
2 病気		
病名（ （症状）	通院	あり ・ なし
	服薬	あり ・ なし
	※ありの場合 薬名（ ） 1日 回 朝 ・ 昼 ・ 晩 ・ その他（ ）	
	自宅での医療行為	あり ・ なし
	※ありの場合、医療行為の内容	
3 その他 身体のこと、育児のことで気になることがありましたら御記入ください		
		担当係長
		担当者