

主な医療機関	診療科	病院名	担当医師名	内容
診断名				
手帳等	身体障害者手帳		療育手帳	
	交付	年 月 日	交付	年 月 日
	視・聴・肢体・内部（	種 級）	（	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ）
	交付	年 月 日	交付	年 月 日
	視・聴・肢体・内部（	種 級）	（	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ）
交付	年 月 日	交付	年 月 日	
視・聴・肢体・内部（	種 級）	（	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ）	
その他				

このファイルを読まれる方へ ～保護者からのお願い～

※支援者の方に必ず伝えたいことや、性格・個性、注意事項などをご記入してください。