

| | | | | |
|-----------|-----------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 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。