

#### 4 高等学校（高等部）

年度	学校名 及び 学科等	年 組	担 任 名	専門機関による支援の状況 (医療機関等)	
		年 組			
		年 組			
		年 組			
		卒業の有無 年 月			
かかりつけ医					
病 院 名					
診 療 科 名					
主 治 医					
服 薬	無・有 ( )				
アレルギー	無・有 ( )				
健康状態等 既往歴等					
福祉制度等の状況					
療育手帳	有	交付年月日	年 月 日	障害程度	A 1 A 2 B 1 B 2
身障手帳	有	交付年月日	年 月 日	障害程度	種 級
				障害名	
精神保健手帳	有	交付年月日	年 月 日	障害程度	級
特別児童 養育手当	有	認定年月日	年 月 日	等級	1級・2級
障害児福祉手当	有	認定年月日	年 月 日		
受けている障害福祉サービス	事業所名	所在地	使っているサービス		
権利擁護事業	利用開始日	年 月 日			
	事業者名				
	担当者名	TEL			
成年後見制度	利用開始日	年 月 日			
	種類	後見 ・ 保佐 ・ 補助			
	担当者名	TEL			