5　専門学校・短大・大学・大学院等

年度	学　校　名	学部・学科など	卒業の有無	専門機関による支援の状況（医療機関等）
			年　月 卒業・中退	
			年　月 卒業・中退	
			年　月 卒業・中退	
			年　月 卒業・中退	
			年　月 卒業・中退	
			年　月 卒業・中退	

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 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	A１　A２　B１　B２
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
障害基礎年金	有 無	取得年月日	年　月　日	等　級	１級・２級
特別児童扶養手当	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		

	事業所名	所在地	使っているサービス	サービス量
受けている障害福祉サービス				

権利擁護事業	利用開始日	年　月　日
	事業制度名	
	支援者名	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