

4 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									
5 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				
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		サービス量				
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							