

かがやき手帳（共通シート）

1. 対象者

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		性別		血液型	型
住所	〒 -				

2. 手帳の所持

<input type="checkbox"/> 手帳なし	診断名				
<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳	県・倉敷市	第	号	種	級
	障がいの種別	上肢・下肢・体幹・視覚・聴覚・内部（ ）			
<input type="checkbox"/> 療育手帳	番号	岡山県	第	号	等級 A・B
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳	番号	岡山県	第	号	等級 級

3. 家族構成 ※続柄については、対象者を中心に記入

続柄	氏名	生年月日	職業等	特記事項（心身の状態・就労状況等）
		・		
		・		
		・		
		・		
		・		
		・		

4. 緊急連絡先

第1連絡先	()	-	(自宅・携帯・勤務先)	続柄
第2連絡先	()	-	(自宅・携帯・勤務先)	続柄

5. 医療機関

①	医療機関名	診療科名	科	主治医	医師
	所在地	電話 () -			
②	医療機関名	診療科名	科	主治医	医師
	所在地	電話 () -			

6. 疾患

疾患名		服薬内容	
既往症			
備考			



鉛筆で書いていただくと、書き直しがしやすいです。

