

# 1 プロフィール

記入日： 年 月 日 学年： 年齢： 歳

フリガナ氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
診断名					血液型
アレルギー	無 ・ 有 ( )		医療的ケア (有の場合は2-2配慮事項へ)	無 ・ 有 ( )	

住所	
電話番号	

緊急連絡先	続柄	フリガナ氏名	連絡先	
			携帯・自宅・会社	☎
			携帯・自宅・会社	☎

家族構成	続柄	フリガナ氏名	職場・通学先	備考

手帳の情報等			
所有の手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級)	交付日	交付自治体
		次回更新	
	<input type="checkbox"/> 愛の手帳 ( )	交付日	交付自治体
		次回更新	
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級)	交付日	交付自治体
		次回更新	
	<input type="checkbox"/> 手帳なし		

現在の医療情報	医療機関名			
	主治医			
	連絡先			