**２．病気の治療歴**

（入院や定期健診が必要な病気を中心に、支援者に知っておいて

欲しい病気・服薬等を可能な範囲で記載してください。治療が

完了したら、二重線等で取り消ししてください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日（年齢） | 病名 | 病院名（電話番号） | 投薬及び制限等 | 回数・量・時間等 |
| 年　月　日～年　月　日（　　歳） |  |  |  |  |
| 年　月　日～年　月　日（　　歳） |  |  |  |  |
| 年　月　日～年　月　日（　　歳） |  |  |  |  |
| 年　月　日～年　月　日（　　歳） |  |  |  |  |
| 年　月　日～年　月　日（　　歳） |  |  |  |  |
| 年　月　日～年　月　日（　　歳） |  |  |  |  |
| 年　月　日～年　月　日（　　歳） |  |  |  |  |
| 年　月　日～年　月　日（　　歳） |  |  |  |  |
| 年　月　日～年　月　日（　　歳） |  |  |  |  |
| 年　月　日～年　月　日（　　歳） |  |  |  |  |

**手帳**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 手帳の名称 | 判定 | 年・月 | 必要事項（障害部位等） |
| 療育手帳 | A１・A２・B１・B2 | 年　　月 |  |
| A１・A２・B１・B2 | 年　　月 |  |
| A１・A２・B１・B2 | 年　　月 |  |
| A１・A２・B１・B2 | 年　　月 |  |
| A１・A２・B１・B2 | 年　　月 |  |
| 身体障害者手帳 | 級 | 年　　月 |  |
| 視覚・聴覚・肢体・内部 |
| 級 | 年　　月 |  |
| 視覚・聴覚・肢体・内部 |
| 級 | 年　　月 |  |
| 視覚・聴覚・肢体・内部 |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 級 | 年　　月 |  |
| 級 | 年　　月 |  |
| 級 | 年　　月 |  |

療育手帳、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳を取得されている方は、判定内容等を記載してください。