

年 月 日 ()

※患児は●印に 性別のいずれかを●印にお願いします※

保護者署名

印

患児	男	女	ご家族 氏名	フリガナ	年齢	生年月日	患児との続柄
○	○	○			歳 (西暦)	年 月 日	
○	○	○			歳 (西暦)	年 月 日	
○	○	○			歳 (西暦)	年 月 日	
○	○	○			歳 (西暦)	年 月 日	
○	○	○			歳 (西暦)	年 月 日	
○	○	○			歳 (西暦)	年 月 日	

第1連絡先 (患児との続柄)	第2連絡先 (患児との続柄)	住所
		〒
	ご自宅☎	
※日中のご連絡が可能な電話番号をご記入ください		メールアドレス (PC・携帯)

患児情報	病名			
	いつ頃、病気がわかりましたか 該当を○で囲み、ご記入ください	妊娠中 ・ 出産後すぐ ・ 出生後 ヶ月 出生後 年 ・ 今から 年前	本人告知 有 ・ 無	
	病院名		主治医名	
	最近の症状・入退院の時期・ ご様子などご記入ください			
	手帳について	手帳の有無	手帳の種類	
		有 ・ 無		
	コミュニケーション	言語的コミュニケーション	コミュニケーション手段の種類	
		有 ・ 無		
	医療的ケア	医療的デバイス	デバイスの種類	
		有 ・ 無		
摂食状況	補助栄養	補助栄養の種類・食事形態		
	有 ・ 無			
アレルギーについて	アレルギーの有無	アレルギーの種類		
	有 ・ 無			
移動について	車椅子・バギーのありなし	車椅子・バギーの種類		
	有 ・ 無			
家族情報	家族のアレルギー等、配慮すべき点等 がありましたら教えてください			
同様他団体の活動に参加されたことはありますか？	有 ・ 無	「あり」と答えた方 団体名		
当団体を知ったきっかけをおしえてください				
保護者として今回のプログラムで ご家族に何を感じてもらいたいですか。 (目的や想い、理由等をお書きください)				



