

## 実態調査票 1

受検番号		氏名	男 女	生年月日	平成 年 月 日
現住所	〒		TEL 自宅( ) TEL 緊急時( )		
障害名			身障者手帳番号 第 号	第一・二種 級	
診断名			療育手帳番号 第 号	A <sub>1</sub> A <sub>2</sub> B <sub>1</sub> B <sub>2</sub>	
既往歴	・脳炎 ・髄膜炎 ・ひきつけ ・心臓疾患 ・肝臓疾患 ・その他( ) ・アレルギー ( 無 ・ 有 ) 食べ物 ( ) 薬( ) ・手術等 ( いつ _____ 年 _____ 月 身体部分 _____ ) ( いつ _____ 年 _____ 月 身体部分 _____ )				
現在治療中の病気	・ 無 ・ 有 ( )				
てんかん	無 ・ 有	・1年以内の発作の回数(毎日 回、週 回、月 回、年 回) 過去にあったが、この1年間ない ・ここ数年ない ・その他( )			
服薬	無 ・ 有	服薬回数 1日 回	朝 ・ 昼 ・ 晩 ・ 寝る前 ・ その他( )		
かかりつけの医療機関	病院名				
	主治医名				
機能訓練等 (有り なし)	訓練期間		( )歳頃から( )歳頃まで、 現在(受けている ・ 受けていない)		
	過去にに受けた訓練内容				
	禁止又は制限のある訓練				
	訓練に関する主治医の指示				
	現在行っている訓練				

