

フェイスシート（放課後等デイサービス）  （記入日 年 月 日）

氏名（ふりがな）		相談支援事業所	
		計画相談（ 担当： ）	セルフプラン
		委託相談（ 担当： ）	
○事業所見学・利用に至った経過、紹介など			
○受診・診断・服薬について			
（診断名）		（診断を受けた時期）	
（病院名）	（診断医師）	（服薬）	
		なし・あり：	
○在籍等の状況			
（保育所名）	（幼稚園名）	（児童発達支援事業所名）	
（学校名）		（放課後等デイサービス事業所名）	
年 組（学級）通常・自情緒・知的・通級・その他（ ）			
○各種健診について			
済・未	健診名	受けた場所	伝えられたこと・指導事項
済・未	4か月児健診		
済・未	10か月児健診		
済・未	1歳6か月児健診		
済・未	3歳児健診		
済・未	就学時健診		
○検査について（最新の検査をご記入ください）			
発達検査 【 あり ・ なし 】 【検査名 】			
検査を受けた日	病院名	結果（IQ/ DQなど）	コピーの有無
年 月 日			有 ・ 無
脳波検査 【 あり ・ なし 】			
検査を受けた日	病院名	医師名	結果
年 月 日			
その他の検査 【 あり ・ なし 】			
○かかりつけ医について 【 あり ・ なし 】			
病院名	診療科	主治医	通院頻度