

**【検査】** ※検査結果がある人は、ファイルに綴りましょう。

検査名・検査内容	実施時期	実施機関	検査結果
例 発達検査	〇〇年 〇月	〇〇療育センター	別紙あり
	年 月		
	年 月		
	年 月		
【気づいたこと等】			

**【薬の記録】**

種類	薬の名前	飲み方
常用薬 (いつも飲んでいる薬)		
常備薬 (症状が出たとき飲む薬)		

**【手帳・年金・手当等】** ※あてはまるものにチェックを入れましょう。

手帳・年金	種別・等級	交付年月日	手当
<input type="checkbox"/> 療育手帳		年 月 日	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		年 月 日	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳		年 月 日	<input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 年金受給		受給期間： 年 月 ( 歳 ) ~	

**【受給者証等】** ※あてはまるものにチェックを入れましょう。

受給者証名	受給者証番号	公費負担者番号
<input type="checkbox"/> 自立支援医療(育成・更生・精神通院)		
<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費受給者証		
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患受給者証		
<input type="checkbox"/> 福祉サービス受給者証 (区分： )		