様式10-1（オプション）

すくらむふらの

医療に関する情報

例） 入院歴・受診歴を書きましょう！

年　月　日	病　院　名	病名及び診断名	担当医師
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			
年　月　日 ～　年　月　日			

様式10-2（オプション）

すくらむふらの

児童相談所や特別支援教育センター等の相談歴

年　月　日	機　関　名	相談の概要・結果	担　当　者
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			
年　月　日			

様式10-3（オプション）

すくらむふらの

手帳等に関する情報

手帳・諸手当て種類	記　号・番　号	程　度	交　付　年　月　日
療育手帳			
身障手帳			
特別児童扶養手当			
障害児福祉手当			
重度医療			
障害年金			

権利擁護に関する情報

区　　分		開　始　日	支援者・選任者等	備　　考
日常生活自立支援事業				
未成年後見				
成年後見	後見			
	補佐			
	補助			
その他				