２８．事業所・福祉施設への引継ぎ①

氏　名		男・女	生年月日	
住　所	〒 Tel/Fax		家族同居・一人暮らし・グループホーム・その他	
保護者			緊急連絡先	
			緊急連絡先	
出身校			電話番号	
	所在地			

本人の状態

身体・障がい・発達の状況

主な生活歴

年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
最終学歴	年　月

主な職歴

期　間	職場名・仕事内容
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	
年　月～　年　月	

手帳

種　類	等　級	内　容
身体		
知的		
精神		

主な障がい（診断名）

重複障がい

治療歴

傷病名	医療機関・主治医	治療期間	現在の状態
			治癒・通院中（　回/月）
			治癒・通院中（　回/月）
			治癒・通院中（　回/月）

服薬の状況

現在使用している福祉器具

知的能力：IQ=　（検査日：　年　月　日）　検査機関：

性格：内向的・社交的・頑固・几帳面・神経質・まじめ・マイペース・明朗・その他（　）

身長：　cm　体重：　kg

視力：右　（矯正　）左　（矯正　）

握力：右　kg　左　kg

聴力：右　左

身体・障がい・発達の特記事項

現場実習（校内実習）等の体験記録

時期・期間	実習先	実習内容・体験時の様子	感想・評価