（障害者記入用紙）　　受付日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">NO.</td><td>ふりがな</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="3">S・H・R　　年　　月　　日
西　暦</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>年　齢</td><td>歳</td><td>性　別</td><td>男・女・他</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="7">〒　　TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td>緊急連絡先</td><td>氏　名</td><td colspan="6">続柄（　　）TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">確認事項</td><td>発作の有無</td><td>有　・　無</td><td>かかりつけ医</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>既 往 歴</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>服　薬</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">主治医から運動をするうえで注意されていることはありますか？</td></tr>
<tr><td>障害名</td><td colspan="6">詳細　※手帳記載事項や原因疾患などを記入してください。</td></tr>
</table>

→裏面　職員記入欄

【確認書類①】

□身体障害者手帳　　級　　□療育手帳Ａ　Ｂ　　□精神障害者保健福祉手帳　　級

　　都道府県　　市　No.　　有効期限　　年　　月　　日

□ 在学証明書　　学校　　年3月31日卒業予定

□　　受給者証　No.　　. □診断書

□ その他(　　)　　□書類添付　※所長決裁

【確認書類②】※重複障害用

□身体障害者手帳　　級　　□療育手帳Ａ　Ｂ　　□精神障害者保健福祉手帳　　級

　　都道府県　　市　No.　　有効期限　　年　　月　　日

□ 在学証明書　　学校　　年3月31日卒業予定

□　　受給者証　No.　　. □診断書

□ その他(　　)　　□書類添付　※所長決裁

介助番号:K　　.