

調査票 個別ケース状況 (回答用紙)

回答者：所属

担当者

連絡先

	A - 居住地	B - 医療的ケア	C - 疾患名	D - 年齢	E - 性別	F - 所属	G - 運動障害	H - 運動障害ありの方のみ	I - 手帳の有無	J - 重心認定	K - 受診している医療機関	L - 受けているサービス	備考
記入例	2	1、2、3	3	2	1	1	2		3	2	1、2	5a、6b	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

※ケース数が多く行が足りない場合は、コピーしてください。

◎貴機関で地域の課題と感じていること等があればご記入ください