

記入日 年 月 日



ふりがな
名前 _____ (男・女)

生年月日 _____ (才 ヶ月)

我が子には先天性の病気があり、病院で診断された病名は

- 両側性 片側性 完全 不完全 どちらでもない
こうしんれつ こうがいれつ こうしんがくれつ こうしんこうがいれつ しんがくこうがいれつ
口唇裂 口蓋裂 口唇顎裂 口唇口蓋裂 唇顎口蓋裂 です。

現在 _____ 病院に通院中。

●今まで受けた手術回数 _____ 回

●今後手術する予定 (有・無 / 手術予定日 _____)

●現在の治療 (有・無 / 矯正・言語訓練・その他)

●現在服用している薬 (有・無 / 薬名 _____)


●他に持病 (有・無)

- 中耳炎 (治療中・治療済み) 難聴 (補聴器の使用 有・無)
発達障害 (ASD・ADHD・LD) 視覚障害 (矯正視力 有・無)
食物アレルギー (卵・牛乳・小麦・その他 / エピペン所持 有・無)
その他 { _____ }

●配慮していただきたいこと

- テープや器具の取扱い 周囲との関わり方 話し方について
食事のサポート {具体的に _____ }
スポーツする時の注意点 {具体的に _____ }
その他 { _____ }

当フォームは口唇口蓋裂を支援するNPO法人笑みだち会が作成したものです。

詳細情報は [笑みだち会](#)  で検索!