

基本情報

ふりがな 氏 名		愛 称
生年月日	年 月 日	
てんかん発作初発年月日	年 月 日 (歳)	
最終てんかん発作年月日	<input type="checkbox"/> 最終発作 年 月 日 <input type="checkbox"/> まだ発作が止まっていない	
重複障害	<input type="checkbox"/> 重複障害はない <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害 <input type="checkbox"/> 重症心身障害 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 脳性マヒ <input type="checkbox"/> ダウン症 <input type="checkbox"/> 統合失調症	