

# 差込資料①

## 基本情報シート

記入日： ○○年○○月○○日／記入者○○○○

フリガナ	タナカマサノリ				性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
名前	田中正則								
住所	〒○○○-○○○ ○○県○○市○○町○-○ グループホーム○○○○○○○○				生年月日	○○○○年○○月○○日（32歳）			
電話	自宅電話	○○○-○○○-○○○○（グループホーム）			携帯	なし			
	自宅Fax	○○○-○○○-○○○○（グループホーム）			その他				
緊急連絡先	①	○○○-○○○-○○○○（続柄 後見人）			②	（続柄）			
家族構成	氏名	続柄	職業	同居／別居	氏名	続柄	職業	同居／別居	
生活歴 （学歴・職歴）	年	月	内容（所属・出来事など）		年	月	内容（所属・出来事など）		
	○○	○○	○○特別支援学校高等部卒業						
	○○	○○	生活介護事業所○○（現在も利用中）						
	○○	○○	グループホーム○○○○○○○○入居						
障害の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 身体障害 <input checked="" type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> その他	診断名	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（ 重度知的障害 自閉スペクトラム症 ）						
		手帳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 種 級				
		その他							
医療	主に関わる 医療機関	病院・医院名	診療科名	担当医師	病名	利用頻度			
		○○○○医院	○○	○○Dr					
	服薬 （名称・量）	朝	○○○○			眠前			
		昼				頓服			
		夕	○○○○			その他			
発作	有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（頻度： 週・月・年に 回程度）							
	原因・きっかけ								
	対応								
サービスの利用	障害福祉サービス 受給者証	受給者証番号			支給市町村	○○市			
	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input checked="" type="checkbox"/> 区分6							
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援（ 1・2 ） <input type="checkbox"/> 要介護（ 1・2・3・4・5 ）							
	利用中のサービス	グループホーム○○○○○○○○ 生活介護事業所○○（週5日） ヘルパーステーション○○○（行動援護 週1回）							
収入	就労収入	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 月額 約 8,000 円							
	年金	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 障害基礎年金 1級 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 級							
	手当	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）							