

差込資料①

基本情報シート

記入日：〇〇年〇〇月〇〇日／記入者〇〇〇〇

カガナ	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	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 グループホーム〇〇〇〇〇〇〇〇			生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日（32歳）					
電話	自宅電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇（グループホーム）			携帯	なし				
	自宅Fax	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇（グループホーム）			その他					
緊急連絡先	①	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇（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）		
	〇〇	〇〇	〇〇特別支援学校高等部卒業							
	〇〇	〇〇	生活介護事業所〇〇（現在も利用中）							
	〇〇	〇〇	グループホーム〇〇〇〇〇〇〇〇入居							
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	□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	□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	
		〇〇〇〇医院		〇〇	〇〇Dr					
	服薬 (名称・量)	朝	〇〇〇〇				眠前			
		昼					頓服			
		夕	〇〇〇〇				その他			
	発作	有無	□なし	□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	〇〇市		
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		グループホーム〇〇〇〇〇〇〇〇 生活介護事業所〇〇（週5日） ヘルパーステーション〇〇〇（行動援護 週1回）								
収入	就労収入	□なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 月額 約 8,000 円								
	年金	□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（ ）								