

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

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	〒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	グループホーム〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇入居						
障害の程度	診断名		<input checked="" 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	診断名		<input checked="" 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			
		診断名		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		<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			
		診断名		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		<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	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度： 週・月・年に 回数程度)						
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	<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 ()							