

(1) 基礎情報(案)

資料4

記入日 平成 年 月 日

支援機関名

記入者

TEL

氏名	性別 男 女	
住所	〒	
生年月日	年 月 日 (記入時 歳)	
経路	まで 最寄駅	駅 (自宅から までの所要時間 分)
利用可能な交通手段		
電話番号	自宅	携帯(本人) (家族)
家族構成 <small>(単身者などの場合、支援者等を想定して記入)</small>	キーパーソン	ジェノグラム図
	協力頻度	
	金銭管理・支援	
	通院支援	
主たる支援者	所属 氏名	緊急連絡先
	所属 氏名	緊急連絡先
最終学歴	<input type="checkbox"/> 中卒 <input type="checkbox"/> 高卒 <input type="checkbox"/> 専門学校卒 <input type="checkbox"/> 短大卒 <input type="checkbox"/> 大卒 <input type="checkbox"/> 大学院卒 <input type="checkbox"/> 中退()	
職歴	詳細は就労情報にて記入 → → →	
医療面	疾患名	
	発症日・発症年齢	年 月 日 (歳時)
	発症原因	<input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 外傷性 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 脳炎 <input type="checkbox"/> 低酸素脳症 <input type="checkbox"/> その他
	現在の主治医	医療機関名 主治医 Dr
障がい者手帳	身体障がい者手帳 身体状況	<input type="checkbox"/> あり(級) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 麻痺() 補装具
	療育手帳	<input type="checkbox"/> あり 程度() <input type="checkbox"/> なし
	精神障がい者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> あり(級) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
	経済面	
発症時の年金状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 免除申請 <input type="checkbox"/> 加入未	
現在の就労状況	<input type="checkbox"/> 休職中(休職期間 H 年 月 ~ H 年 月) <input type="checkbox"/> 無職	
傷病手当の受給状況	<input type="checkbox"/> あり(受給期間 H 年 月 ~ H 年 月) <input type="checkbox"/> なし	
雇用(失業)保険給付	<input type="checkbox"/> あり(受給期間 H 年 月 ~ H 年 月) <input type="checkbox"/> なし	
年金等の状況	<input type="checkbox"/> 障がい基礎年金(級) <input type="checkbox"/> 障がい厚生年金(級) <input type="checkbox"/> 障がい(補償)給付()	
自立支援医療・労災		
社会資源	介護保険	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
	サービス利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容:)
	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給なし <input type="checkbox"/> 受給中 担当(市区町村 CW) <input type="checkbox"/> 申請中
	運転免許所持	<input type="checkbox"/> あり 有効期限(年 月) 運転状況

★マークは他のシートに重複している項目です