

入所希望者の情報提供票

令和 年 月 日

記入者：所属 _____

職・氏名 _____

1 氏名	性別	生年月日 (年齢)		
	男・女	T・S・H 年 月 日 (歳)		
2 本籍				
3 住所				
4 医療・障害者手帳・各種制度の利用状況	医療保険 : ①生活保護 ②国保 ③社保 (本人・家族) 公費医療 : ①特定疾患 (番号:) ②精神医療 (番号:) 年金受給 : ①障害基礎年金 () 級 ②老齢基礎年金 身体障害者手帳 () 級・判定日 (昭・平・令 年 月 日) 障害名 [肢体] [視・聴] [内部] 療育手帳 (A・B) ・判定日 (昭・平・令 年 月 日) 精神障害者手帳 () 級・判定日 (昭・平・令 年 月 日) 知的障害 (IQ:) 判定日 (昭・平・令 年 月 日) 介護認定 (□要支援・□要介護) 判定日 (平・令 年 月 日)			
5 家族構成	氏名	生年月日	続柄	備考 (住所・職業・電話番号)
6 入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 健康問題 <input type="checkbox"/> ADL関係 <input type="checkbox"/> 家事・IADL関係 <input type="checkbox"/> 生活の質(社会参加) <input type="checkbox"/> 生活支援(権利擁護) <input type="checkbox"/> 家族・親族問題 <input type="checkbox"/> 住宅問題 <input type="checkbox"/> 安全管理			
7 生活歴 (学歴・職歴等)・保護歴				
性格・嗜好 (喫煙・飲酒等) の状況				

様式 2

<p>8 病歴（既往歴 ・入院歴）及び 現在の状況 *発症年月日・ 病院名もご記入 下さい</p>			
<p>現在の処方薬 *服用薬品情報 書の添付可</p>			
<p>身長_____cm 排尿回数_____回／1日 薬剤アレルギー： なし 服薬の自己管理： 可 食事種別： 主食（普通・粥） 塩分（ g） その他禁止食品（ 入れ歯： なし</p>	<p>・</p>	<p>体重_____kg 排便回数_____回／_____日 あり 不可（現在の管理方法 副食（普通・刻み・極刻み） 特食（ kcal） 食物アレルギー（有→ 用具（箸・スプーン） あり（上・下・_____部分）</p>	<p>・ 無）</p>
<p>9 将来の希望等 （例：アパートやゲ ループホームで生活 したい。老人施 設で生活したい 等）</p>			
<p>10 身元引受人 （有・無） *無の場合はご 相談ください。</p>	<p>フリガナ</p>		<p>入所希望者との関係</p>
	<p>氏名</p>		
	<p>住所</p>		
	<p>電話</p>	<p>()</p>	
<p>11 情報の確認 状況</p>	<p>調査の実施場所 <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>病院・施設（名称：_____）<input type="checkbox"/>その他</p>		
	<p>調査の情報源 <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族（_____）<input type="checkbox"/>医師 <input type="checkbox"/>関係機関（_____）</p>		
	<p>情報利用の同意 <input type="checkbox"/>本人 <input type="checkbox"/>家族（_____）<input type="checkbox"/>関係機関（_____）</p>		

令和4年4月1日（様式改正）

様式2

A. 加療中の医療機関について

1) あり → a) 医療機関名 (主治医)

2) なし b) 病名・診断名 ()

c) ご本人は病気・障害のことをどのように理解しておられますか？

()

B. 現状

1) 入院中 今回の入院はいつからですか？ (S・H 年 月から 年 ヶ月)

2) 在宅 最後の退院からどのくらいですか？
(S・H 年 月退院)

C. これまでの加療歴

1) 初めて精神科にかかった時期

(歳：S・H 年 月頃 初診時の医療機関)

症状が初めて現れた時期 (歳：S・H 年 月頃)

どんな状態でしたか？

()

2) これまでの入院歴について

(回・通算期間 年 ヶ月 入院形態： 任意 ・医療保護 ・措置)

D. 公費負担医療の利用 (有 無)

E. 精神保健福祉手帳の取得 (有 無 級)

F. 以外の障害手帳の取得 (療育手帳) (身体障害)

G. 精神科以外の現在の加療状況

1) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)

2) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)

3) 診断名 医療機関名 入院 (有 無)

H. 特記すべきこと

()

I. ワクチン接種 新型コロナワクチン 回目済み(年 月 日) 今後の希望 (有 無)

インフルエンザ予防接種 (有 無) 今後の希望 (有 無)

肺炎球菌ワクチン接種 (有 無)