

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

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)