　　　　　　　　　　　　　　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 |  | | | | 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・□要介護度　　　）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 | □健康問題　□ＡＤＬ関係　□家事・ＩＡＤＬ関係　□生活の質(社会参加)  □生活支援(権利擁護)　□家族・親族問題　□住宅問題　□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 |  | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | |
| 現在の処方薬  ＊服用薬品情報書の添付可 |  | | | | | | | |
| 身長　　　　　　　　㎝　　　・　　　体重　　　　　　　㎏  排尿回数　　　回／１日　　　・　　　　排便回数　　　回／　　　日  薬剤アレルギー：　なし　　　・　　　あり  服薬の自己管理：　可　　　　・　　　不可（現在の管理方法　　　　　　　　　　　　　　　）  食物アレルギー：　なし　　　・　　　あり  入れ歯　　　　：　なし　　　・　　　あり（　上　・　下　・　　　　　部分） | | | | | | | | |
| ９　将来の希望等（例：ｱﾊﾟｰﾄやｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑで生活したい。老人施設で生活したい等） |  | | | | | | | |
| １０　身元引受人（有　・　無）  　＊無の場合はご相談ください。 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | | | 入所希望者との関係 |
| 氏　名 |  | | | | | |  |
| 住　所  電　話 | （　　　　　） | | | | | | |
| １１　情報の確認状況 | 調査の実施場所 □自宅　□病院・施設 （名称：　　　　　）□その他 | | | | | | | |
| 調査の情報源 □本人　□家族（　　　　）　□医師　□関係機関（　　　　） | | | | | | | |
| 情報利用の同意 □本人 □家族（　　　　） □関係機関（　　　　　） | | | | | | | |

令和４年４月１日（様式改正）

**※健康支援インテーク**

**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　）**