基本情報シート（利用希望者用）

別紙１

作成日：　　 　　　年　　　　月　　　日

担当者：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | （ふりがな） | 性別 | 生年月日 | □大正　□昭和　□平成　年　　月　　日（　　 歳） |
|  | 男・女 |
| 現住所 | 〒  | 電話 | 自宅（　　　　）　　　　－　　　　　　　携帯（　　　　）　　　　－　　　 |
| 住居形態 | □持家　　□賃貸アパート・マンション□その他（　　　　　　　　　　　　　） | 同居状況 | □独居　　　　　　　　□家族と同居□知人宅（　　　　）　□その他（　　　　　） |
| 各種制度の認定情報 | □精神保健福祉手帳（　　　　）□療育手帳（　　 　　）□身体障害者手帳（　　　　　　）□障害支援区分（　 　　）□ＩＱ（ 　　　）　□身長（　　　　）□体重（　　　　） |
| 成年後見人・保証人 | 本人との関係（類型等） |  | 氏名 |  | 連絡先 |  | 本人名義の総合補償保険等加入状況 |  |
| 生活歴・職歴 |  |
| 心身・判断能力 |  |
| 家族構成 | 氏　名 | 性別 | 続柄 | 年齢 | 同居別居 | 備　考 |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
|  | 男・女 |  |  | 同・別 |  |
| 相談の概要 | キーパーソン |
| （症状、困っていること）（本事業に求めること）（行動関連項目の総点数）（行動関連項目の内容）※別紙２「行動関連項目の内容一覧表」に記入をお願いします（強度行動障害が起こる場面）（通院状況と服薬状況）（本事業に当たって対応可能な関係者） | 氏　名 |  | 本人との関係 |  |
| 連絡先 | 〒電　　話：（　　　　　　）　　　　　－E-Mail：　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　 |
| 相談支援機関 |
| 名　称 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当（　　　　　　　） |
| 連絡先 | 電　　話：（　　　　　　）　　　　　－E-Mail：　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　 |
| 備　考 |  |

※複数枚に渡っても構いません

※相談の概要について記載し切れない場合は、適宜自由様式により資料を添付してください