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