

作成日		作成機関		作成者	
-----	--	------	--	-----	--

①利用者の情報

フリガナ				第一希望の登録先施設			
氏名		生年月日		性別		年齢	
住所				連絡先	TEL()		
手帳	身：1・2・3・4・5・6/部位: (有・無) 知：A・B1・B2 精：1・2・3				FAX		
					E-mail		
福祉サービスの利用 (有・無) 障害支援区分 (1・2・3・4・5・6・なし) (種類)				家族構成			
収入・年金(障害 基礎・厚生・その他： 級) ・その他()				緊急連絡先 (優先順)			
				氏名	本人との関係	住んでいる地域	連絡先
				①			
疾病：診断名				②			
				③			
自立支援医療 (有・無)：精神・育成・更生				④			
通院先 医療機関名：		主治医：		通院頻度：			
服薬 (有・無) 頻度：		/頓服 (有・無) 使用上限：		/管理方法 (自己・家族・訪問看護)			

②緊急時に想定される相談内容

相談内容	対応

③支援経過・現状と課題等

--