（1） 基礎情報（案）

資料４

記入日 平成　　年　　月　　日

支援機関名＿＿＿＿＿＿＿＿　記入者＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名	性別	（ 男 ・ 女 ）
生年月日		年　　月　　日　（　　歳）
経路　　　まで		最寄駅　　駅（自宅から　　までの所要時間　　分）
利用可能な交通手段		
電話番号		自宅　　　携帯（家族・本人 ）
家 族 構 成 （家族以外も含む）	ジェノグラム表示	
	キーパーソン	
	協力頻度	
	金銭管理・支援	
	通院支援	
主たる支援者		所属　　氏名　　連絡先
		所属　　氏名　　連絡先
最終学歴		□中卒 □高卒 □専門学校卒 □短大卒 □大卒 □大学院卒 （　　）
職歴		
疾患名	医療機関名	
	発症日・発症年齢	年　　月　　日　（　　歳）
	疾患名	
	発症原因	
	傷病の経過	
障害者手帳	身体障害者手帳	あ り （　　級） ・ な し ・ 申請中
	身体状況	麻痺（　　　　）補装具
	精神障害者保健福祉手帳	あ り （　　級） ・ な し ・ 申請中
経済状況	発症時の年金状況	□国民年金 □厚生年金 □共済年金 □免除申請 □加入未
	現在の就労状況	□休職中（休職期間 H　年　月 ～ H　年　月） □無職
	傷病手当の受給状況	□あり（受給期間 H　年　月 ～ H　年　月） □なし
	雇用（失業）保険給付状況	□あり（受給期間 H　年　月 ～ H　年　月） □なし
	年金等の状況	□障害基礎年金（　級） □障害厚生年金（　級） □障害（補償）給付（　級）
社会資源	介護保険	あ り （　　） ・ な し ・ 申請中
	サービス内容	
	生活保護	
	運転免許　所持	有効期限（　　年　月） 運転状況
	その他	

使用禁止