

情報提供カード(吹田市障がい者入院時コミュニケーション支援事業兼用)

記入日 年 月 日

事業所名 _____

担当者名 _____ (本人との関係)

電話番号 _____

ふりがな		氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	満 歳	
身長・体重		cm	kg	血液型	型 RH <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	平熱	度 分		
障がい等認定		<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 (障害程度区分 介護認定区分)							
障がい名									
かかりつけ医		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	医院名	(科)			医師名		
その他受診医		<input type="checkbox"/> なし	科	医院名	医師名	病名			
			科	医院名	医師名	病名			
			科	医院名	医師名	病名			
			科	医院名	医師名	病名			
		<input type="checkbox"/> あり	[症状等]						
既往歴		アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()							
		てんかん <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度等)							
医療的な特記事項 ／内服状況		医療的なケア <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()							
		入院時の持参薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()							
収入状況		<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生(共済)年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他							
緊急連絡先①		日中	ふりがな				続柄	電話	
			氏名					携帯	
		夜間	ふりがな				続柄	電話	
			氏名					携帯	
緊急連絡先②		日中	ふりがな				続柄	電話	
			氏名					携帯	
		夜間	ふりがな				続柄	電話	
			氏名					携帯	

家族構成（家族等 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 同居）		普段の状況や利用しているサービス <input type="checkbox"/> ヘルパーサービス <input type="checkbox"/> 通所サービス(訓練・移行等も含む) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 日中一時支援、放課後等デイ <input type="checkbox"/> (一般・特定・障害者)相談支援 <input type="checkbox"/> ショートステイ(短期入所) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 精神科デイケア <input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> 成年後見人(<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助) 氏名	
入院経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	年 月 手術名 () (麻酔 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 局所) 年 月 手術名 () (麻酔 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 局所) 年 月 手術名 () (麻酔 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 局所) 年 月 手術名 () (麻酔 <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 局所)	
特徴的な日常生活(夜間等も含む)			
本人の背景 ☆好きなこと ☆嫌いなこと ☆趣味			
身体、運動機能症状 特に <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (車イス <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) (めがね <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> コンタクト使用) (義歯 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)			
精神症状 特に <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
対人関係・コミュニケーション			
特記事項 (障がい特性等も含む)			