

利用者情報提供カード


記入日 年 月 日

事業所名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

<地区担当者名> _____

ふりがな			性別	男女	生年月日	M T S H	年	月	日	満	歳
氏名											
身長・体重	cm	kg	血液型		型	平熱					
障がい等認定	障がい者手帳 () 級・療育手帳 A B1 B2 ・精神障がい者手帳 () 級・難病										
障がい名											
かかりつけ医	あり なし	医院名									
その他受診医	あり なし	内科・外科・耳鼻咽喉科・眼科・整形外科・精神科・その他()									
障がい特性											
経済状況	・国民年金・厚生(共済)年金・障害年金・生活保護・その他()										
キーパーソン	日中	ふりがな 氏名	続柄		電話						
	夜間	ふりがな 氏名	続柄		電話						
緊急連絡先	日中	ふりがな 氏名	続柄		電話						
	夜間	ふりがな 氏名	続柄		電話						
その他連絡先	ふりがな 氏名	続柄		電話							
家族構成		利用しているサービス等				社会関係図					
											
入院経験	あり										
	なし										

一日の流れ
起床
本人の背景
☆好きなこと ☆嫌いなこと ☆趣味
身体機能
精神症状
対人関係
コミュニケーション
特記事項

同意欄