

通院先《 》担当ワーカー《 》 記入日 年 月 日

氏名／	性別／ 男・女	年齢／	才	年	月	日生
現住所／〒 -		家族状況（家族構成など）				
電話番号／ ()	続柄	氏名	年齢	同居・別居		
年金受給／ 有・無				同居・別居		
年金の種類 / () 年金				同居・別居		
() 級				同居・別居		
障害者手帳の取得 / 有・無 () 級				同居・別居		
生活保護 / 有・無				同居・別居		
単身生活の体験 / 有・無 () 年ぐらい				同居・別居		
デイケアや作業所の利用体験 / 有・無	緊急連絡先 氏名 続柄 住所（現住所と違う場合のみご記入ください） 電話					
デイケア () () 年ぐらい						
作業所 () () 年ぐらい						
他の医療福祉サービス利用（訪問看護、ホームヘルプなど） / 有・無 ()						
健康状態（既往症、持病、障害など）						
		学歴				
年 月 (歳)						
年 月 (歳)						
年 月 (歳)						
	職歴（アルバイト・パートも含む）		離職理由			
年 月 (歳)						
年 月 (歳)						
年 月 (歳)						
賞罰 有 ・ 無						
当事業所の利用を希望する理由（目的やきっかけなど）						
利用にあたり不安や心配事や配慮が必要な点など						
利用日以外の過ごし方の予定など						
病気、障害について ・ 診断はいつですか？（ 年 月 日 / 医療機関名 ） ・ 診断名はなんとおっしゃっていますか？（ ） ・ 入院の経験はありますか？ これまで 回 年ぐらい ・ ご自分ではどんなところが病気や障害と思われるですか？（現在の症状や病気後に苦手になったことなど）						

お預かりした書類は、ご返却いたしません。利用しない場合は、当方で責任をもって処分いたします。
 サービス利用に関わる自治体及び関係機関及び家族等との連携に必要な際は、上記情報を関係人に提示することを承諾します。

ご署名

印