

機関名《 》 記入者《 》 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／				
*住民票住所地在り・違ふ () 市						
生活保護実施機関／						
自立支援医療受給者証／		有・無				
福祉サービス受給者証／		有・無				
年金受給／有・無 () 年金						
() 級						
障害者手帳の取得／有・無		緊急連絡先				
() 級		氏名 続柄 ()				
健康状態／		住所				
		電話				
利用を薦められる理由						
支援の経過						
現在または今後に関して、課題と思われること (具体的に)						
診断名／		入院年数 / 現在まで 通算 () 年				
病歴／生活歴		() 回				
		単身生活体験 / 有・無 () 年位				
		就労経験／有・無 通算 () 年位				
		職種 ()				
		デ ンア・作業所等の利用経験 / 有・無				
		() 年位				
		デ ンア・作業所名 ()				
		相談支援機関、訪問看護、ホームヘルプなどの				
		サービス利用／有・無				
		(サービス名・機関：)				
当施設の利用日以外の過ごし方の予定など						
就労継続B型又は生活訓練事業等の通所施設利用にあたって配慮を必要とする点など						