

利用希望者情報提供書

住 所		保険	
氏 名		性別	
生 年 月 日	平成 年 月 日 歳		
家 族 構 成			
家 族 の 支 援	社会復帰に対する協力は？ ある ・ ない ・ 無関心 ・ わからない		
福祉 制度等	精神保健福祉手帳	有 無 級	
	自立支援医療受給者証	有 無	
	年金 サービス利用歴	有 無 級	
	期間		
病名	主たる精神障害		
	従たる精神障害		
	身体合併症		
現在居る場所	自宅 ・ 病院 ・ その他 ()		
受診医療機関及び頻度	病院 回		
初 診	年 月 日	病院	
入 院 歴	① 年 月 日 ~ 年 月 日	病院	
	② 年 月 日 ~ 年 月 日	病院	
	③ 年 月 日 ~ 年 月 日	病院	
	④ 年 月 日 ~ 年 月 日	病院	
	⑤ 年 月 日 ~ 年 月 日	病院	
最 終 学 歴			
職 歴	① 年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	② 年 月 日 ~ 年 月 日	()	
	③ 年 月 日 ~ 年 月 日	()	
疾病の状態像等の具体的程度	病状が具体的に日常生活へ影響していることなどをふまえてご記入ください		
処 方 内 容	(診断名に対するもの)		
	○自己管理能力	有 ・ 無	
	○不眠時処置	有 ・ 無	
	○頓服	有 ・ 無	服用に際して注意点が有れば記載ください

