

利用希望者情報提供書

住 氏 生	所 名 年 月 日	平成 年 月 日 歳	保険 性別	
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	有 無 級		
病 名	サ ー ビ ス 利 用 歴			
	期 間			
	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	

