

[情報提供書]

年 月 日記入

病院・施設名〔 〕 記入者〔 〕

フリガナ 本人氏名	男・女	生年月日	T・S・H	年	月	日 (歳)
住所	〒 (電話 - -)					
手帳	有・無	年金	有・無	生活保護	受給中・否	
精神・身体・療育	()級	基礎・厚生・共済	級	福祉事務所		
福祉サービス受給者証	有・無 区分	家族等からの金銭援助 有(万円位/月)・無				
保護者・連絡先	男・女	続柄()	生年月日	年	月	日
住所	〒 (電話 - -)					

[家族構成]

氏名	続柄	年齢	職業	同・別居	本人との関係性	
家族構成図			家族の 状況等			

[本人の状況]

生育歴 学歴 職歴	
病歴	

〔医療面〕

精神科医療機関名		病院・医院・クリニック	
担当Dr	担当Ns	担当PSW	その他の担当者 (OT・PT・CP)
病名/診断名		身体合併	
#1	#2		
知能テストの有無	無・有 (指数IQ:)		
現在の身長・体重	身長	cm	体重 kg
その他医療機関	病名[]		病院・医院・クリニック
初診年月日	T・S・H	年 月 日 []	病院・クリニック
医療機関名	治療期間	入院・外来	入院形態
	年 月 ~ 年 月	入院・外来	
	年 月 ~ 年 月	入院・外来	
	年 月 ~ 年 月	入院・外来	
	年 月 ~ 年 月	入院・外来	
	年 月 ~ 年 月	入院・外来	
直近の入院時の状況		
		
		
		
経過及び現在の状況		
		
		
		
具合の悪いときの症状			
.....			
.....			
.....			
処方内容			
朝 :			
.....			
昼 :			
.....			
夕 :			
.....			
眠前 :			
.....			
頓服 :			
.....			
今後の本人の希望		今後の家族の希望	
.....		