


氏名 生年月日 年 月 日(歳) 男・女		住所(住民票地) 入所施設名:	
入所日 年 月 日	加入保険 国保・後期高齢(割)・社保・共済・生活保護(実施機関:)		
家族構成 		キーパーソン 名 続柄: 連絡先電話番号	
精神科受診歴 初診日 年 月 日(医療機関:) 通院歴のある精神科医療機関 () 入院歴のある精神科医療機関 () 直前の精神科医療機関 () 最終受診日 平成 年 月 日 紹介状 有・無 お薬手帳 有・無			
精神科以外の治療中の疾患名			
現在利用しているサービス 介護区分 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 精神障害者手帳 無・有 (級) 愛護・療育手帳 無・有 (度) 身体障害者手帳 無・有 (級) 年金 無・有(老齢・障害基礎・障害厚生・障害共済・その他()) 自立支援医療 有・無 医療証 無・有 (障害者医療証・福祉給付金・その他))			
施設入所の経緯			