横浜市総合保健医療センター　地域精神保健部

生活訓練係　利　用　連　絡　票

利用者 氏名	フリガナ	生年月日 性別	S･H　　年　　月　　日（　　歳） （ 男 ・ 女 ）
住所		電話番号	
緊急連絡先 氏名	フリガナ 続柄（　　）	緊急連絡先 電話番号･住所	
診断名		その他の 疾患	有（　　）・ 無
家族構成・状況	★家族の状況や本人との関係性などを記入してください ジェノグラム		
利用中の福祉サービス・制度	★利用中の制度に〇をつけ、必要事項について記入してください 1. 精神保健福祉手帳（　　級）　　2. 自立支援医療（自己負担上限　月額　　円） 3. 総合支援法障害福祉サービス（　　） 4. 生活保護（　　区　担当者名　　） 5. その他（　　）		
利用目的	1. 本人の希望（こうありたい自分の今後の生活、どこでどのように過ごしたいか等述べていること） 2.家族の希望		
現在までの経過	★現在までの生活歴･職歴について順を追ってご記入ください。		

現在の状況	【生活状況】 ★病状悪化のきっかけや前兆、悪化時の様子、対処法などもご記入ください。 例）作業所に週３日通所しながら、それ以外は自宅で過ごす。現在は病状も安定している時が多いが、悪化時は生活リズムが　乱れ、眠れなくなり、独語・幻聴が増える。頓服や気分転換として音楽鑑賞をしてやり過ごす。 【経済状況】今後の支援に役立てるため、できる範囲でご回答ください。（複数回答可） ①現在の収入源 １．本人の就労収入　　２．本人の年金収入（障害年金　基礎／厚生　　級） ３．本人名義の資産からの収入　　４．生活保護（ 受給中 ・ 申請予定 ） ５．家族の就労・年金収入　　６．その他（　　） ②今後の生活における収入源（ハイツかもめ利用中及び退所後） １．本人の就労収入　　２．本人の年金収入（障害年金　基礎／厚生　　級） ３．本人名義の資産からの収入　　４．生活保護（受給中・申請予定） ５．家族からの援助　　６．その他（　　）
ご意見・見立て	★本人の希望に向けての意見（活かせる本人の強み、心配・不安など） ①本人 ②家族 ③紹介者含めての現在の支援者の意見・見立て ※生活保護受給者で単身生活希望の方は、アパート設定費用を支給するための必要な状態について、生活支援課からご意見ください。 例）予算内での金銭管理ができている。通院・服薬ができている。困ったことがあれば支援者などへ相談ができている。
カンファレンス候補日	★入所に向け、まずは、ご本人、ご家族、関係者の皆様と、話し合いをさせて頂きます。以下の候補日の内、紹介者の方のご都合の良い日を複数選択ください。（書類提出後1、2ヶ月先のご予定をみてください） 第1月曜日　第2月曜日　第2木曜日　第4木曜日　その他（　　）

紹介者氏名：　　職種：　　（記入日：　　年　　月　　日）

所属機関名：　　連絡先電話番号：

＊本個人情報につきましては、ご本人が利用される関係機関との連絡や事務手続きなど必要な範囲内で利用させていただきます。