

生活訓練係 利用連絡票

利用者 氏名	<small>フリガナ</small>	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	<small>フリガナ</small> 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	<p>★家族の状況や本人との関係性などを記入してください</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 150px;"> <p style="margin-top: 0;">ジェノグラム</p> </div>		
関係 機関	<p>★医療機関名 () → (通院中 ・ 入院中) 主治医名 () 他担当者名 () 職種: ()</p> <p>★福祉保健センター名 () 区福祉保健センター 担当者名 ()</p>		
利用 中の ビス・ 福祉サ ー	<p>★利用中の制度に○をつけ、必要事項について記入してください</p> <p>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)</p> <p>3. 総合支援法障害福祉サービス ()</p> <p>4. 生活保護 (区 担当者名:)</p> <p>5. その他 ()</p>		
利用 目的	<p>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)</p> <p>2. 家族の希望</p>		
現在 までの 経過	<p>★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。</p>		

