

相談表

医療法人財団 薦の木会 南晴病院

記入日	平成 年 月 日		記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 続柄()
フリガナ 患者氏名			性別	男・女
生年月日・年齢	(明・大・昭・平) 年 月 日 歳			
住所	(都・道・府・県) (市・区・町・村)			
電話番号	本人自宅番号 ()	本人携帯番号 ()		
緊急連絡先① <small>日中に連絡が繋がる連絡先を記入ください</small>	フリガナ:	電話番号 ()		
	氏名:	続柄()	携帯番号 ()	
	住所:			
いまどのようなことでお困りですか?				
お困りのこと				
いつごろから				
きっかけ				
社会資源(OR)				
健康保険	国民・社保・後期高齢・生活保護・その他() 生保・福祉事務所名:()CW名()電話番号()			
年金	無・有(老齢年金・障害年金)			
介護保険 (65歳以上の方)	無・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
	利用中のサービス: 無・有			
	担当ケアマネの所属事業所名()	担当ケアマネ()		
	施設入居中 施設名()	電話番号()		
	訪問介護利用中 事業所名()	電話番号()		
	デイサービス通所中 事業所名()	電話番号()		
その他利用中 事業所名()	電話番号()			
その他の内容()				
手帳	無・有(身体障害者手帳(級)精神障害者手帳(級)愛の手帳(級))			
自立支援医療	無・有			
	利用中のサービス			
	□精神科病院通院中 病院名()	電話番号()		
	□精神科デイケア通所中 事業所名()	電話番号()		
	□精神科訪問看護利用中 事業所名()	電話番号()		
	□その他利用中 事業所名()	電話番号()		
その他の内容()				
障害福祉 サービス	無・有			
	保健所介入:保健所名()	保健師名()	電話番号()	
	受給者証:無・区分1・区分2・区分3・区分4・区分5・区分6			
	利用中のサービス			
	グループホーム入居中 施設名()	電話番号()		
	訪問介護利用中 事業所名()	電話番号()		
就労移行施設通所中 事業所名()	電話番号()			
その他利用中 事業所名()	電話番号()			
その他の内容()				

※裏面へ続きます→

生活歴

出身地				兄弟姉妹	()人中()番目	
初歩	歳ごろ		発語	歳ごろ		
元々の性格	内向的・外交的・消極的・社交的・わがまま・几帳面・神経質					
	だらしない・優しい・怒りっぽい・頑固・こだわりが強い					
	気が強い・気が弱い・その他()					
最終学歴	小学校・中学校・高校・短大・専門学校・大学					
	卒業・中退					
現在の職業	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 主婦					
職歴	職業		期間		退職理由	
			歳から	歳まで		
			歳から	歳まで		
			歳から	歳まで		
結婚歴	未婚・結婚(歳から)・離婚歴あり(歳のとき)					
	再婚歴あり(歳から)					
子供の有無	なし・あり(名)					
現在の居住状況	一人暮らし・同居者あり()					
家族問題	無・家族間不和・家庭内暴力・別所中・その他()					
暴力行為の有無	無・あり(いつ頃:)					
嗜好						
身長・体重	身長()cm	体重()Kg	アレルギー	無	・	有()
喫煙歴	吸っている(1日本/年間)やめた(年前/カ月前)・吸わない					
飲酒歴	なし・あり	ありの方	週()日	種類・量()		
違法薬物・脱法ハーブ等の使用歴			なし・あり(使用物:)			
受診歴						
精神科 診断名	病院	通院・入院	期間		転院理由	
		通院・入院	歳頃～	歳頃		
		通院・入院	歳頃～	歳頃		
		通院・入院	歳頃～	歳頃		
身体科 診断名	病院	通院・入院	期間		転院理由	
		通院・入院	歳頃～	歳頃		
		通院・入院	歳頃～	歳頃		
		通院・入院	歳頃～	歳頃		