

様式 1-1. インテークシート/フェイスシート：基礎情報（補助ツール）

フリガナ 本人氏名	性別	
	生年月日 年齢	年 月 日（ 才）

連絡先など			
住所	〒	電話	
		メール	
住居	☐ 家族同居 ☐ 1人暮らし ☐ グループホーム等 ☐ その他（ ）		
緊急時の 連絡先	電話： （氏名： ）（続柄 ）		
主な通所の 手段	☐ 自動車/バイク等 ☐ 公共交通機関 ☐ 自転車	所要時間	分
	☐ 徒歩 ☐ その他（ ）		

基本情報			
診断名			精神科 主治医名
その他の診断			
現在の仕事	☐ なし ☐ あり（会社名： ）		就労収入/月
	勤務時間 週 日 時間 勤務		円
手帳	☐ なし ☐ 精神障害者保健福祉手帳（ 級） ☐ 療育手帳（ 級） ☐ 身体障害者手帳（ 級） ☐ その他（ 級）		
年金	☐ なし ☐ 障害基礎/厚生年金 級 ☐ その他の年金（ ） 級		
生活保護	☐ なし ☐ あり	年金・生活保護等の合計額 円	
後見人等	☐ なし ☐ 後見人 ☐ 保佐人 ☐ 補助人 ☐ その他（ ）		
入院	過去の入院 ☐ なし ☐ あり 直近の退院日：		
行政機関の介入	過去の行政機関等（例：警察/保健所）の介入 ☐ なし ☐ あり 直近の介入日：		
介護・障害程度	☐ なし 要介護認定：要支援 1 / 2, 要介護 1 / 2 / 3 / 4 / 5（ 年 月まで） ☐ なし 障害支援区分：非該当, 区分 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6（ 年 月まで）		
これまでの経緯			