

【様式1】フェイスシート

記入日		事業所名		記入者名				
ふりがな	生年月日			年齢	才			
氏名	性別	所属 (職場・学校名等)						
住所	電話番号							
	FAX番号							
	Eメールアドレス							
家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業	同居・別居の別			
					保護者名 主な支援者			
					住所			
					電話			
						※本人が家族あるいは保護者と別居の場合は連絡先を記入してください。 ※家族のいない人の場合は、主な支援者の連絡先を記入してください。		
障害の状況	障害者手帳 取得状況	種類	等級	交付年月日と手帳番号		経済的状況	年金	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害共済年金 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし
		身体	種	級	交付番号		年金額	円/月
		記載内容						
		知的	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	交付番号				
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中	精神的	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	交付番号	有効期限			
	障害支援区分	認定期間	～		権利擁護・他	成年後見	<input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助	
	障害名 診断名						権利擁護	<input type="checkbox"/> 利用中
	かかりつけ医						未成年後見	<input type="checkbox"/> 後見
		その他						
<input type="checkbox"/> 居宅系	<input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> その他()							
		事業者名						
<input type="checkbox"/> 訪問系	<input type="checkbox"/> 居宅介護(身体、家事、通院[身体あり・身体なし]、通院等乗降介助) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度包括 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 移動支援							
		事業者名						
<input type="checkbox"/> 日中系	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続A <input type="checkbox"/> 就労継続B <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> その他()							
		事業者名						
<input type="checkbox"/> 日中系 (児童通所)	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> その他()							
		事業者名						
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> コミュニケーション支援 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> その他()							
		事業者名						
保険・医療	<input type="checkbox"/> 介護保険	<input type="checkbox"/> 認定未 <input type="checkbox"/> 非該当 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
	<input type="checkbox"/> 医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保()		<input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 福祉医療	<input type="checkbox"/> 精神障害者医療費助成		
	<input type="checkbox"/> 自立支援医療	<input type="checkbox"/> 更正医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 精神通院医療 (<input type="checkbox"/> 通院医療費助成)						
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	事業所名		<input type="checkbox"/> デイケア	事業所名			
	<input type="checkbox"/> その他							
生育歴等 プロフィール及 び生活状況						ジェノグラム		
						例 		