

# 見学受付票

年 月 日 ( ) 受付

ふりがな	学歴・職業		生年月日		( 歳)		
氏名	住所		TEL		FAX		
身障手帳	( 種 級)	号	(携帯)				
障害者名	障害者福祉		(区分 )	まで			
交付年月日	H	年	月	日	サービス受給者証		
療育手帳	( )	号	介護保険		(要介護 ・ 要支援 )		
障害者名	障害基礎年		( 級 )				
交付年月日	H	年	月	日	生活保護 有 ・ 無		
精神手帳	( )	号	医療保険	被保険者	本人 ・ 家族	( )	
疾病名	国民健康保険		号・番		( )		
交付年月日	H	年	月	日	自立支援医療 精神通院医療 ・ 更生医療		
相談者	関係 ( )		その他		関係 ( )		
氏名	連絡先		住所				
住所	TEL		TEL				
携帯	FAX		携帯		FAX		
家族	続柄	氏名	生年月日	年齢	同・別居	職業・学校	特記事項
相談内容	経由機関	家族構成		年齢・主介護者・他の介護者・インフォーマルサポート等記入・同居			
				生活歴 生育/教育暦等			
病歴 入院暦等							
医療機関利用状況 (現在の受診状況,受診科目,頻度,主治医,どの疾患での受診)		現在受けているサービス					