



〈日常生活状況〉

お名前：

現在の生活環境 チェックを入れてください

入院・入所 (施設名 )

在宅 (同居者の有無: 有 無) ・その他 ( )

全般的状況 (家族や他人との対人関係。家事や外出はできているか、お風呂は一人で入れるかなどの生活状況)

( )

〈現症時の就労状況〉

勤務先 一般企業 就労支援施設 その他 ( )

雇用形態 障害者雇用 一般雇用 自営 その他 ( )

勤続年数 ( 年 ヶ月) 仕事の頻度 (週に ・ 月に ( ) 日)

ひと月の給与 ( 円程度)

仕事内容

( )

仕事場での援助の状況や意思疎通の状況

( )

-----  
身体所見 (神経学的な所見: 左半身麻痺などを含む)

( )

臨床検査 (心理テスト・認知テスト※実施年月日も記入 ・ 知能障害の場合は知能指数、精神年齢を含む)

( )

福祉サービスの利用状況 (障害者自立支援法に規律する自立訓練、在宅介護、障害福祉サービス等)

※自立支援医療 (精神通院医療)、精神障害者保健福祉手帳も含む ※手帳は等級と交付年月日を記入

( )