

基本情報(フェイスシート)

記入日 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日		写真をお貼りください
氏名				西暦 年 月 日		
住所	〒		電話番号			
			自宅 携帯			
障害 または疾患名					医療的ケア ☐ あり ☐ なし	支援区分 年齢 歳
緊急 連絡先	優先順位	名前		続柄	電話番号	
	①					
	②					
	③					
現在の 生活場所	☐ 自宅(単身) ☐ 自宅(同居) ☐ その他()					
障害者手帳	手帳名	愛の手帳		身体障害者手帳		精神障害者手帳
	交付年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日
	程度	種 度		種 級		級
	障害名					
生活状況(生育歴)	乳幼児期	出生時、幼稚園、保育園、通所施設等				

	学齡期	小学校、中学校、高等学校等				
	職歴	学歴以降の施設利用履歴等				
家族構成	氏名	同居(同・別)	生年月日(西暦)	年齢	続柄	職業等
	その他(家族の健康状態や、キーパーソンになる人物、連絡をとる際に配慮すること等)					

成年後見	☐ あり※ ☐ なし	※	種 類	☐ 後見 ☐ 補助 ☐ 補佐			
			氏 名			事業所名	
			住 所	〒		電話番号	
年金	☐ あり※ ☐ なし	※	☐ 障害基礎年金 ☐ 障害厚生年金			等 級	級
手当	☐ あり※ ☐ なし	※	種 類			等 級	級
経済状況	☐ 本人就労収入 ☐ 本人年金収入 ☐ 家族就労収入 ☐ 家族年金収入 ☐ 生活保護 ※ ☐ その他()						
	※	担当者名	部署名()			電話番号	
連携している他の支援機関	支援機関名		種別	具体的な支援内容や詳細等			利用頻度
	例)〇〇事業所 例)〇〇相談事業所		移動支援 相談支援	ヘルパー外出している サービス等利用計画の作成			毎週土日 適宜