

基本情報シート(医療機関連携用)

| 氏名            |                          | 性別                                            | (男・女)                                  | 生年月日  | 年     | 月                                | 年齢                  | (    | )歳    |
|---------------|--------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|-------|-------|----------------------------------|---------------------|------|-------|
| 診断名           | ①                        | 《 行動障害記載欄 》                                   |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | ②                        | 自傷                                            | あり・なし                                  | 器物破損  | あり・なし | 排泄関係                             | あり・なし               | パニック | あり・なし |
|               | ③                        | 他害                                            | あり・なし                                  | 睡眠障害  | あり・なし | 騒がしさ                             | あり・なし               | 粗暴   | あり・なし |
|               | ④                        | こだわり                                          | あり・なし                                  | 食事関係  | あり・なし | 多動                               | あり・なし               | その他  | あり・なし |
| 診断詳細          | 自閉スペクトラム症                | あり・なし                                         |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | (自閉スペクトラム症について)          | 検査・評価                                         | PARS-TR・CARS・ADOS・ADI-R (検査年月日: 年 月 日) |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | てんかん                     | あり・なし                                         |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | (てんかんについて)               | 発作時の様子                                        |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               |                          | 発作頻度                                          | 日・週・月・年に                               | ( )回  | 最終発作  | 年 月 日                            |                     |      |       |
|               |                          | 抗てんかん薬                                        | あり・なし (ありの場合はお薬ノートのコピーをつけてください)        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | 知的能力障害                   | あり・なし                                         |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | (知的障害について)               | IQまたはDQ                                       |                                        | 検査年月日 | 年 月 日 |                                  |                     |      |       |
| 検査方法          |                          | WAIS-III・WISC-IV・田中ビネーV・遠城寺式発達検査・新版K式発達検査・その他 |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
| 家族歴           | ( 誰に                     | 何の疾患が                                         |                                        |       | 内服    | あり (ありの場合はお薬ノートのコピーをつけてください口)・なし |                     |      |       |
|               | ( 誰に                     | 何の疾患が                                         |                                        |       |       | アレルギー:あり(薬名 ・症状 )・なし             |                     |      |       |
| 既往歴<br>(身体疾患) | ①                        | ④                                             |                                        |       | 食物    | アレルギー:あり(種類 ・症状 )・なし             |                     |      |       |
|               | ②                        | ⑤                                             |                                        |       | 感染症   | 肝炎                               | B型(あり・なし)・C型(あり・なし) |      |       |
|               | ③                        | ⑥                                             |                                        |       |       | その他                              | あり( )・なし            |      |       |
| 発達歴           |                          |                                               |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
| 最近の病歴         |                          |                                               |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
| 入院歴           | ①期間 ( / / ~ / / )・病院名( ) |                                               |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | ②期間 ( / / ~ / / )・病院名( ) |                                               |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | ③期間 ( / / ~ / / )・病院名( ) |                                               |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
| 福祉サービス        | 療育手帳                     | ( A1・A2・B1・B2 )( A ・ B )                      |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | 身体障害者手帳                  | ( 1級 ・ 2級 ・ 級 )                               |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | 障害年金                     | ( 1級 ・ 2級 ・ 級 )                               |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | 障害支援区分                   | ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 )                     |                                        |       |       |                                  |                     |      |       |
|               | 精神保健福祉手帳                 | ( 1級 ・ 2級 ・ 3級 )                              |                                        |       | 記載年月日 | 年 月 日                            | 記載者                 |      |       |