地域生活支援拠点等利用登録　基本情報票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | |  | | | | | 生年月日 |  | |
| 氏名 | | |  | | | | | 性別 |  | |
| 住所 | | |  | | | | | 電話番号 |  | |
| 携帯番号 |  | |
| E-mail |  | |
| 障がいの状況 | 身体障害者手帳 | | | | １級　２級　３級　４級　５級  部位： | | | | | |
| 療育手帳 | | | | Ａ　 Ｂ | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | | | １級　２級　３級 | | | | | |
| 難病 | | | | 病名： | | | | | |
| 障害年金 | | | | | あり　なし | | | | | |
| 障害支援区分認定 | | | | | １　２ ３ ４ ５ 6　非該当 | | | | | |
| 要介護認定 | | | | | 要介護（１２３４５）要支援（１２）非該当 | | | | | |
| 医療保険 | | | | | 国保　社保　 後期高齢　生活保護 | | | | | |
| 自立支援医療 | | | | | 更生医療　育成医療　精神通院 | | | | | |
| 服薬内容 | | | | | 常用薬（あり　なし）　頓服薬（あり　なし）  特記事項： | | | | | |
| かかりつけ医 | | | | |  | | | | | |
| 生活の状況 | 食事 | | | | 自立　 介助（特記事項：　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 洗面・歯磨き | | | | 自立　 介助（特記事項：　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 排泄 | | | | 自立　 介助（特記事項：　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 衣類の着脱 | | | | 自立　 介助（特記事項：　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 入浴 | | | | 自立　 介助（特記事項：　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 歩行・移動 | | | | 自立　 介助（特記事項：　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 医療的ケアの状況 | | | |  | | | | | |
| 配慮事項 | | | |  | | | | | |
| その他 | | | |  | | | | | |
| 同居家族 | | 氏名 | | 続柄 | | 生年月日 | 電話番号 | | | 備考 | |
|  | |  | |  |  | | |  | |
|  | |  | |  |  | | |  | |
|  | |  | |  |  | | |  | |
|  | |  | |  |  | | |  | |
| 支援者・関係機関 | | 氏名 | | 関係 | | | 電話番号 | | | 備考 | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
| 利用しているサービス | | 事業所名 | | サービス | | | 電話番号 | | | 備考 | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談対応事業所名 |  | | |
| 基本情報票記入日 | 年　　月　　日 | 記入者氏名 |  |

地域生活支援拠点等利用登録申請兼同意書

　私は、緊急時に備え、両磐圏域の地域生活支援拠点利用登録を申請します。

また、この基本情報票を支援に必要な関係機関（一関市、平泉町、基幹相談支援センター、特定・委託相談支援事業所、障害福祉サービス事業所等）へ提示することに同意します。

申請日　　　　年　　月　　日　　利用登録者氏名