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（[ ] １[ ] ２[ ] ３[ ] ４[ ] ５）要支援（[ ] １[ ] ２）[ ] 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