

東温市地域生活支援拠点等（緊急時の受け入れ）登録者基本情報

年 月 日

本人 （緊急時 支援な どを受 ける人）	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男
	氏名					<input type="checkbox"/> 女
	住所	(〒 -)				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	歳
	連絡先	(自宅)	-	-	(メール)	
		(携帯)	-	-	(FAX)	
障害の 別・等級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 1・2・3・4・5・6 ）級⇒ 視覚・聴覚・肢体・内部・その他					
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 (A ・ B)					
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 1・2・3 ）級					
	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金等（ 1級 ・ 2級 ・ なし ）					
	その他・特記事項 ()					
医療 保険に 等係 る	医療保険（被保険者）	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ()				
	医療保険の種類	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	医療費の助成等	<input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 重度心身医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()				
障害 福祉 サー ビス	障害支援区分・期間	区分： 1・2・3・4・5・6・申請中 期間： 年 月 日まで				
	利用しているサービス事業所1	事業所名		担当		
	利用しているサービス事業所2	事業所名		担当		
	サービス等利用計画	<input type="checkbox"/> 本人・ご家族等で自ら作成（セルフプラン）				
<input type="checkbox"/> 相談支援事業所が作成 *サービス等利用計画を添付						
相談支援事業所名			担当			
日中の活動に関する状況						
【日常生活状況】						
食事	自立（箸・スプーン・フォーク） ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助 ・ 全介助					
排泄	自立 ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助 ・ 全介助（おむつ・紙パンツ）					
更衣	自立 ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助 ・ 全介助					
移動	自立 ・ 見守りが必要 ・ 指示が必要 ・ 一部介助 ・ 全介助、手段（歩行・車いす・ ）					
コミュニケーション（指示の理解）	できる（言葉・身振り手振り・絵カード） ・ 少しできる ・ ほとんどできない ・ できない					
睡眠	良 ・ 不良 眠剤の使用（あり ・ なし） (:) ~ (:)					
行動特性	自傷 ・ 他害（暴言・暴行） ・ 支援拒否 その他 ()					

【医療に関すること】

病名	
症状	
服薬	回数 1日 回 朝 昼 晩
主治医等	・病院 () ・主治医 ()
連絡先	
医療的ケア	要 () ・不要

本人の家族状況等	氏名	続柄	世帯	連絡先	その他 (健康状態等)
			同・別	— —	
			同・別	— —	
			同・別	— —	
			同・別	— —	
	【ジェノグラム】			【特記事項】	
緊急連絡先・代理人	ふりがな				本人との関係
	氏名				
	住所	(〒 —)			
	電話番号	(電話) — —	(携帯) — —		
関係機関	関係機関 1	名称 (病院・学校など)		担当	
		電話番号	— —	備考	
	関係機関 2	名称 (病院・学校など)		担当	
		電話番号	— —	備考	
備考	(介護状況等)				

以下のことに同意ください。緊急時の支援その他本事業の運営に必要な場合のみ使用しそれ以外には使用することはありません。

緊急時の支援を円滑に行うために必要な範囲において、本人及び支援者の個人情報を市が障害福祉サービス事業所その他の関係機関から取得し、又は共有することに同意します。

署名 (本人又は保護者)
