

## 情報提供書

<b>作成日</b>	平成 年 月 日 ( )					
<b>相 談 者</b>	<b>相談者(機関)名</b>					
	<b>連絡先</b>					
	<b>本人との関係</b>					
<b>対 象 者</b>	<b>ふりがな</b>			<b>生年月日:</b>	年 月 日	
	<b>氏名</b>			<b>性別</b>	<b>電話</b>	
	<b>住所</b>					
	<b>対象分類</b>	<input type="checkbox"/> 認知高齢者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> その他 (				
	<b>生保受給の有無</b>	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	<b>介護保険</b>	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 ( 要支援・要介護・1・2・3・4・5 )				
	<b>障害程度区分</b>	<input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6				
	<b>ねたきり度</b>	<input type="checkbox"/> ランクJ <input type="checkbox"/> ランクA <input type="checkbox"/> ランクB <input type="checkbox"/> ランクC <input type="checkbox"/> その他				
	<b>認知症の程度</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ランクI <input type="checkbox"/> ランクII(a) <input type="checkbox"/> ランクII(b) <input type="checkbox"/> ランクIII(a) <input type="checkbox"/> ランクIII(b) <input type="checkbox"/> ランクIV <input type="checkbox"/> ランクM				
	<b>長谷川式の結果</b>	点				
	<b>手帳の所持</b>	<input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 手帳あり ( 身体・療育・精神 ) (区分: 級)				
	<b>福 祉 サ ー ビ ス 利 用 状 況</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
		⇒ありの場合	ケアマネ⇒ (機関: 氏名: )			
		<b>サービス名</b>	<small>頻度(回数、曜日、時間)</small>	<b>提供機関</b>	<b>費用</b>	
	<b>住 居</b>	<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 (				
<b>在宅の場合</b>		<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階:エレベーター 有・無 ) <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
<b>施設の場合</b>		<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ( )				
<b>経 済 状 況</b>	<input type="checkbox"/> 年金 (老齢関係・障害関係・遺族・寡婦・その他)				月額 _____ 円	
	<input type="checkbox"/> 特別障害年金・その他の年金				月額 _____ 円	
	<input type="checkbox"/> 給与所得・その他の所得				月額 _____ 円	
	<input type="checkbox"/> 生活保護 ( 年 月より開始)				月額 _____ 円	
	<input type="checkbox"/> 同居者よりの援助・その他の援助				月額 _____ 円	
<input type="checkbox"/> 預貯金・有価証券・生命保険・その他				総額 _____ 円		
<b>健 康 状 況</b>	<input type="checkbox"/> 病気なし	病名 (主疾患)				
		医療機関				
	<input type="checkbox"/> 病気あり	通院頻度と方法				

対象者	世帯状況		<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦 <input type="checkbox"/> 高齢者と障害者 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	家族関係図(平成 年 月 日現在)		家族状況				
			氏名	年齢	続柄	同・別居	備考
家族・親族の関わり状況							
生活歴 生育歴 学歴 職歴 病歴 等							
相談内容等	相談内容(日常生活状況及び日常生活自立支援事業を利用希望する理由等)						
	本人・家族の希望・困っていること						