

# 情報提供書

|                            |   |  |                              |              |           |
|----------------------------|---|--|------------------------------|--------------|-----------|
| <b>作成日</b>                 | 令和 年 月 日 ( )  |  |                              |              |           |
| <b>相<br/>談<br/>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<br/>象<br/>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>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)<br><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<br/>祉<br/>サ<br/>ー<br/>ビ<br/>ス<br/>利<br/>用<br/>状<br/>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<br/>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 ( |  |                              |              |           |
|                            | 在宅の場合   | <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( 階:エレベーター 有・無 )<br><input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |                              |              |           |
|                            | 施設の場合   | <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<br/>済<br/>状<br/>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<br/>康<br/>状<br/>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(令和 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<br>生育歴<br>学歴<br>職歴<br>病歴<br>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                   |  |   |    |    |      |    |
|                                   |                                    |  |   |    |    |      |    |