

受付日： 年 月 日

担当者： _____

利用者の状況										
利用した 機能	・ 体験の機会・場 ・ 緊急時の受け入れ・対応									
フリガナ				男 ・ 女	生年 月日	年 月 日			歳	
氏名										
住所	〒				電話 番号	(携帯)				
障害者手帳 の種類等	身体・精神 () 級 知的 ()	受給者 証番号				障害支援区 分・期間	1・2・3・4・5・6 申請中、～ 年 月			
健康保険の種別	国保・社保・船保・共済・生活保護・その他 ()									
障がい・ 疾病の状 況				経済 状況	障害年金 () 級、生活保護 所得収入： その他：					
主たるかかりつ け医の情報	医療 機関			主治 医				連絡 先		
持病・アレルギー・発作の状況										
服薬の状況	種類				頻度					
優先 順位	家族の状況 (優先的に連絡をする人を上から順に記入してください。)									
	氏名	続柄	生年月日	住所 (別居の人のみ記入)			電話 (携帯) 番号			
1										
2										
3										
4										
優先 順位	家族以外 (キーパーソン) の連絡先 (該当する人がいない場合は記入不要)									
	氏名	続柄	生年月日	住所			電話 (携帯) 番号			
1										
2										
3										
4										
相談支援の状況 (有・無) ※「無」の場合は必ず裏面も記載して下さい。										
相談支援専門員		電話番号			所属事業所名			事業所電話番号		
サービスの状況 (有・無)										
事業所名		担当者名			電話番号			サービスの種類及び量		

遠賀中間地域生活支援拠点等事業実施要綱第4条に規定する事業を利用する場合に、今回調査する内容及び障がい福祉サービス等の利用時に得た情報を、遠賀中間地域における障がいのある人等の支援を行う関係機関 (指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者など) に提供することに同意します。

日常の生活状況（困りごとなども記入してください。）	
食事	自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助
排泄	自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助
移動	自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助
コミュニケーション	できる・少しできる・ほとんどできない・できない
睡眠	良（眠剤あり・眠剤なし）・不良（眠剤あり・眠剤なし）
着替	自立・見守りが必要・指示が必要・一部介助・全部介助
その他（気になることがあれば自由に記入してください。）	