



利用者福祉票

記入日
20111220
記入者

ふりがな			年齢	歳	性別		
氏名			生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年	月 日	
住所	〒		電話				
転居先施設等							
本籍地							
世帯・親族の状況	氏名	続柄	緊急連絡先	生年月日	備考		
	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	【家族関係図】		【生活歴】		【宗教】		
普通の相談相手 <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー () <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ()							
相談の経緯	【相談者(紹介)元】		【相談に至った経緯】				
現在の生活状況／収入	【収入・財産】 <input type="checkbox"/> 年金生活 2か月＝ 円 [<input type="checkbox"/> 老齢関係 <input type="checkbox"/> 障害関係 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> その他] 月あたりの収入額: 円 <input type="checkbox"/> 預貯金 = 円 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 令和 年 月現在 <input type="checkbox"/> 家族の援助 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()			【住居の状況】…施設等の場合は名称と移動日も記入 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム 名称: <input type="checkbox"/> 老人保健施設 移動日: <input type="checkbox"/> ケアハウス 月額: <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 ()			
	主治医	連絡先:		主治医	連絡先:		
疾病または持病	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 脳梗塞等の脳疾患 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 骨折(部位:) <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 老衰 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(癌) <input type="checkbox"/> 事故 補足				【特記事項】		
	【入院中の場合】 期間:			【医療機関】			
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 ()						
介護保険の申請		有効期限		限度額認定			
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援Ⅰ <input type="checkbox"/> 要支援Ⅱ <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 特定疾患 (<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 非該当)						
障害者手帳		級	種別:	福祉給付金			
個人情報の提供の同意	『ぷらっとほーむ』との契約による支援活動に関し、個人情報の利用及び関係機関への提供に同意します。 氏名						



身体状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 関節硬縮 <input type="checkbox"/> 筋力低下			
	歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 車椅子 <small>車椅子 移乗</small>	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	身体障害	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 音声 <input type="checkbox"/> 言語機能 <input type="checkbox"/> 平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 肢体 (<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹)		
	精神障害	<input type="checkbox"/> 知的障害	障害者手帳: _____	
生活の自立度	食 事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる = <input type="checkbox"/> はし / <input type="checkbox"/> スプーン (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 介助が必要		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自分で入れる <input type="checkbox"/> 一部介助 (_____) <input type="checkbox"/> 全介助		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> ポータブル便器使用 <input type="checkbox"/> おむつ		
認知の状況	日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> Ia <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	長谷川式認知症簡易評価スケール	/30点	その他のスケール	
	認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない		
自立支援法	<small>日常生活で生じている困難</small>			
現在のサービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 回/週 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問看護 回/週 備考: <input type="checkbox"/> 配食サービス 回/週 食 <input type="checkbox"/> デイサービス/デイケア 回/週 <input type="checkbox"/> 入浴サービス 回/週			
	関係機関	居宅介護支援事業所	ケアマネジャー	連絡先:
		施設・事業所名	担当者	連絡先:
			担当者	連絡先:
			担当者	連絡先:
担当者	連絡先:			
主介護者	<input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー 回/週 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
相談依頼者の要望				
ご本人の主訴				
ふらっとほむで可能な支援				
契約締結の条件	契約能力	契約者		
契約日		担当者		
契約内容	<input type="checkbox"/> 身元保証 <input type="checkbox"/> 書類保管 <input type="checkbox"/> 成年後見人選任申立 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 委任状作成 <input type="checkbox"/> 遺言状作成 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 動産管理 <input type="checkbox"/> 不動産管理 <input type="checkbox"/> その他資産管理 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 葬送支援 (_____) <input type="checkbox"/> 代行業務 (_____)			
	特記事項			
	現在の居所			