



# 利用者福祉票

記入日  
記入者

ふりがな			年齢	歳	性別	男・女
氏名	生年月日		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 平成		年	月 日
現在の居所	転居先					
住民票の住所	〒		電話			
本籍地						
世帯・親族の状況	氏名	続柄	生年月日	連絡先	住所・その他	
	構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	【家族関係図】			【生活歴】		
	【宗教】					
普段の相談相手	<input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <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（紹介）に至った経緯】			
現在の生活状況／収入	【収入】			【居住の状況】		
	<input type="checkbox"/> 年金生活 2か月＝ 円 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 家族の援助 円/月 <input type="checkbox"/> 生活保護 円/月 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 月当たりの収入額： 円			<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <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 ( )		
	【財産】			入所日：		
	<input type="checkbox"/> 預貯金 = MB <input type="checkbox"/> その他 ( )			月額： 月平均の支出額： 円 負債： <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無		
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"/> 悪性腫瘍（癌）（ ） <input type="checkbox"/> その他				【特記事項】	
個人情報の提供の同意	『ぷらっとほーむ』との契約にあたり、ぷらっとほーむ及び関係機関への個人情報の提供に同意します。 氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span>					

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 ( )			福祉給付金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
指定難病	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	疾病名			医療助成 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
介護保険の申請	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 非該当			限度額認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援Ⅰ <input type="checkbox"/> 要支援Ⅱ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅰ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅱ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅲ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅳ <input type="checkbox"/> 要介護Ⅴ 有効期間：				
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種別など			障害支援区分
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	車椅子移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> 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"/> 平行機能障害 <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 ) <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 知的障害				
					自立支援医療 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
生活の自立度	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べれる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	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	契約能力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
日常生活で生じている支障					
現在のサービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回)			【特記事項】	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (週 回) 介/医				
	<input type="checkbox"/> 配食サービス (週 回 食)				
	<input type="checkbox"/> デイサービス/デイケア (週 回)				
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
関係機関	居宅介護支援事務所		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：
主介護者	<input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (週= 回) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
相談依頼者の要望					
ご本人の主訴					
契約内容	<input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 手続代行 <input type="checkbox"/> 身元保証 <input type="checkbox"/> 財産管理 <input type="checkbox"/> 生活支援 <input type="checkbox"/> 虐待相談 <input type="checkbox"/> 終焉支援 <input type="checkbox"/> 法律支援 <input type="checkbox"/> 法人後見 <input type="checkbox"/> 成年後見申立支援 【具体的な支援内容】				
特記事項					