

地域生活支援拠点等利用登録 基本情報票

ふりがな		生年月日		
氏名		性別		
住所		電話番号		
		携帯番号		
		E-mail		
障がい の 状 況	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 部位:		
	療育手帳	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B		
	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級		
	難病	病名:		
障害年金		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
障害支援区分認定		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 非該当		
要介護認定		要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 非該当		
医療保険		<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生活保護		
自立支援医療		<input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 精神通院		
服薬内容		常用薬(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 頓服薬(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 特記事項:		
かかりつけ医				
生活 の 状 況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(特記事項:)		
	洗面・歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(特記事項:)		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(特記事項:)		
	衣類の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(特記事項:)		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(特記事項:)		
	歩行・移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(特記事項:)		
	医療的ケアの状況			
	配慮事項			
その他				

同居家族	氏名	続柄	生年月日	電話番号	備考
支援者・関係機関	氏名	関係		電話番号	備考
利用しているサービス	事業所名	サービス		電話番号	備考

相談対応事業所名			
基本情報票記入日	年 月 日	記入者氏名	

地域生活支援拠点等利用登録申請兼同意書

私は、緊急時に備え、両磐圏域の地域生活支援拠点利用登録を申請します。

また、この基本情報票を支援に必要な関係機関（一関市、平泉町、基幹相談支援センター、特定・委託相談支援事業所、障害福祉サービス事業所等）へ提示することに同意します。

申請日 _____ 年 月 日 利用登録者氏名 _____