



利用者福祉票

記入日
記入者

年 月 日

ふりがな			年 齢	歳	性 別	男・女
氏 名			生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日	
住 所			電 話			
転居先						
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	
	構 成	<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】	
普段の相談相手	<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（紹介）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＝ [高齢関係・障害関係・遺族・寡婦・その他] 月当たりの収入額： <input type="checkbox"/> 預貯金 = 年 月 日 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、名称と移動日を記入 <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 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <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()		
	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					【特記事項】
	入院中の場合	【時期】 年 月頃 ~ 約 年 ヶ月位				【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 ・ 無 ・ 非該当	有効期限	限度額認定		有 ・ 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	有・無	級	種別など		福祉給付金	有・無
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		<input type="checkbox"/> 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 (上肢・下肢・体幹)			
	<input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 知的障害		<input type="checkbox"/> 障害者手帳 該当・非該当	
生活の自立度	食 事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる=はし / スプーン(左・右) <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"/> 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	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (週 回) <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"/> 入浴サービス			
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(週= 回) <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	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認	<input type="checkbox"/> 契約能力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 契約者
契約日	年 月 日		<input type="checkbox"/> 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				