

情報提供書

作成日		令和 年 月 日 ()						
相 談 者	相談者(機関)名							
	連絡先							
	本人との関係							
対 象 者	ふりがな				生年月日:		年 月 日	
	氏 名				性別		電話	
	住 所							
	対象分類		☐ 認知高齢者 ☐ 知的障害者 ☐ 精神障害者 ☐ その他 ()					
	生保受給の有無		☐ 有 ☐ 無					
	介護保険		☐ 未申請 ☐ 申請中 ☐ 非該当 ☐ 該当 (要支援・要介護・1・2・3・4・5)					
	障害程度区分		☐ 区分1 ☐ 区分2 ☐ 区分3 ☐ 区分4 ☐ 区分5 ☐ 区分6					
	ねたきり度		☐ ランク J ☐ ランク A ☐ ランク B ☐ ランク C ☐ その他					
	認知症の程度		☐ なし ☐ ランク I ☐ ランク II (a) ☐ ランク II (b) ☐ ランク III (a) ☐ ランク III (b) ☐ ランク IV ☐ ランク M					
	長谷川式の結果		点					
	手帳の所持		☐ 手帳なし ☐ 手帳あり (身体・療育・精神) (区分: 級)					
	福祉サービス 利用状況		☐ なし ☐ あり					
			⇒ありの場合		ケアマネ⇒ (機関: 氏名:)			
			サービス名	頻度 (回数、曜日、時間)	提供機関		費用	
	住 居		☐ 住宅 ☐ 施設 ☐ 病院 ☐ グループホーム ☐ その他 ()					
			在宅の場合		☐ 一戸建て ☐ 集合住宅 (階:エレベーター 有 ・ 無) ☐ 持家 ☐ 借家 ☐ その他 ()			
			施設の場合		☐ 特養 ☐ 老健 ☐ 有料老人ホーム ☐ その他 ()			
経済状況		☐ 年金 (老齢関係・障害関係・遺族・寡婦・その他)				月額 円		
		☐ 特別障害年金・その他の年金				月額 円		
		☐ 給与所得・その他の所得				月額 円		
		☐ 生活保護 (年 月より開始)				月額 円		
		☐ 同居者よりの援助・その他の援助				月額 円		
		☐ 預貯金・有価証券・生命保険・その他				総額 円		
健康状況		☐ 病気なし		病名 (主疾患)				
				医療機関				
		☐ 病気あり		通院頻度と方法				

対象者	世帯状況		☐ 一人暮らし ☐ 高齢者夫婦 ☐ 高齢者と障害者 ☐ その他（ ）						
	家族関係図（平成年月日現在）			家族状況					
				氏名	年齢	続柄	同・別居	備考	
家族・親族の関わり状況									
生活歴 生育歴 学歴 職歴 病歴 等									
相談内容等	相談内容（日常生活状況及び日常生活自立支援事業を利用希望する理由等）								
	本人・家族の希望・困っていること								