地域生活支援拠点等事業　事前登録用紙

　　　　　　年　　　　　月　　　　日　作成

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 作成者 | 施設名 |  |
| 職種・氏名 |  |
| 電話 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情報 | ふりがな |  | 性　別 | □男  □女 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | ☎　　　　　　　　－　　　　　　　－ | | |
| 生年月日 | □昭和　　□平成　　□令和　　　　年　　　月　　　日（　　　　歳） | | |
| 移動 | □歩行可能　□歩行可能（要介添え）　□車いす（自操可）　□車いす（自操不可） | | |
| 更衣 | □支援不要　　□見守り等必要　　□部分的な支援必要　　□全面支援が必要 | | |
| 排泄 | □支援が不要　　□部分的な支援が必要　　□全面支援が必要 | | |
| コミュニケーション | □支障なし　□支障あり（具体的内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 障害又は疾患名 |  | | |
| □身体障害者手帳　（　　　　級）　／　　□申請中 | | | |
| □療育手帳（　　　　級）　／　　□申請中 | | | |
| □精神障害者保健福祉手帳（　　　　級）　／　　□申請中 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療情報 | 主病名・既往歴 |  | |
| 通院状況 | 医療機関名 | 医療機関名 |
| （　　　　　　　　　　　　　　科）  ＴＥＬ  医師 | （　　　　　　　　　　　　　　　科）  ＴＥＬ  医師 |
| 内服薬 | □あり　⇒　□朝　□昼　□夕　□眠前  （処方内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □なし | |
| アレルギー | □あり　⇒　□薬　□食物　□禁止食品（　　　　　　　　　　　　　　　　）  □なし | |
| 配慮すべき障害特性等 | （コミュニケーションの方法・特徴、性格、日常的にみられる症状や状態、健康を維持するために日常的に必要なこと、調子がよくないときにみられる症状や状態等） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先等 | ふりがな |  | | 本人との関係 | 家族状況 | | |
| 氏名 |  | |  | 氏名 | 続柄 | 世帯 |
| 住所 | 〒 | | |  |  | 同・別 |
| 電話番号① |  | | |  |  | 同・別 |
| 電話番号② |  | | |  |  | 同・別 |
| 期待できる  サポート |  | | |  |  | 同・別 |
|  |  | 同・別 |
| 災害などの非常時又は緊急時  ※（　）内へは想定される状況を記入します。  例：母の入院による不在など | | ※日常的な支援に加え、特に必要となりそうな支援について | | | | |

【重要】登録には、以下のことにご同意ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急時の支援を円滑に行うために必要な範囲において、本人及び支援者の個人情報をコーディネーターが市、障害福祉サービス事業所その他の関係機関から取得し、又は共有することに同意します。 | 同意の場合は |
| □ |

※コーディネーターが取得した登録者に関する情報は、緊急時の支援その他本事業の運営に必要な場合のみ使用し、それ以外の場合に使用することはありません。