



# 利用者福祉票

記入日 年 月 日  
記入者

ふりがな			年齢	歳	性別	男・女	
氏名			生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月 日	
住所	〒 -				電話		
本籍地							
転居先							
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"/> 障がい者 <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】			【住居の状況】…施設等の場合は、名称と移動日を記入			
	<input type="checkbox"/> 年金生活 2カ月＝ (老齢関係・障害関係・遺族・寡婦・その他) 月当たりの収入源： <input type="checkbox"/> 預貯金＝ (有・無) 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( )			<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 借家(賃料: 円) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他( )			
主治医	連絡先:			主治医	連絡先:		
疾患または持病	<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 カ月位				【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	『結福祉ステーション』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 <span style="float: right;">㊞</span>						



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"/> 平衡機能障害 <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	障害者手帳	<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"/> 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	日常生活で生じている支障		
自立支援法	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当				
現在のサービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (週 回 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・事務所名		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					
結福祉ステーションで可能な支援					
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			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"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他資産管理 <input type="checkbox"/> 葬送支援 [    ] <input type="checkbox"/> 代行業務 [    ]				
特記事項					
現在の居所					