様式１

つくば市地域生活支援拠点等（緊急時の支援）

利用事前登録申請書

つくば市地域生活支援拠点等利用にあたり、次のとおり申し込みます。

**※太線の枠内は必ず記入してください。**　　　提出年月日　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | フリガナ |  | | | 性別 | □　男  □　女 |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 生年月日 | □大正　□昭和　□平成　□令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　（　　　　　歳） | | | | |
| 介護者 | 連絡先 | １ | （氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　（住所）  　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　）（連絡先） | | | |
| ２ | （氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　（住所）  　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　）（連絡先） | | | |
| ３ | （氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　（住所）  　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　）（連絡先） | | | |
| 本人の基本情報 | 障害の  種別・  等級・  サービス等 | □身体障害者手帳（１・２・３・４・５・６）級　視覚・聴覚・肢体・内部・その他（　　　　　） | | □自立支援医療（　有・無　） | | |
| □療育手帳　（　〇A　　A　　B　　C　）  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | □障害年金等　（　　　　　　　　　級） | | |
| □精神障害者福祉手帳（1級　2級　3級） | | その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 障害者相談支援事業所の利用（　有・無　）  ※有の場合　事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 障害福祉サービス等の利用（　有・無　）  ※有の場合　サービス内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 疾病等 | （治療中の疾患名、アレルギー、発作等の状況等） | | | | |
| 医療行為 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□なし | | | | |
| 定期通院 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通院頻度　　　　　　）□なし | | | | |
| 服薬 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　服薬頻度　　　　　　）□なし | | | | |
| 問題行動  自傷行為他害行為 | □あり　（具体的に記載）  □なし | | | | |
| 動作・活動 | 食事 | （自立度）自立　・　見守り必要　・　部分的介助　・　全介助  （食事形態）常食　・　粥　・　刻み　・　ミキサー食　・その他（　　　　　　　　　　　）  （食事方法）箸　・　スプーン　・　フォーク　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| （具体的状況） | | | | |
| 排泄 | 自立　・　見守り必要　・　一部介助　・　全介助　・　おむつ等の使用（　有・無　） | | | | |
| （具体的状況） | | | | |
| 着替え | 自立　・　見守り必要　・　一部介助　・　全介助 | | | | |
| （具体的状況） | | | | |
| 移動 | 自立　・　見守り必要　・　一部介助　・　全介助  車いすの使用（　有・無　）　・　歩行器の使用（　有・無　）　・　杖の使用（　有・無　） | | | | |
| （具体的状況） | | | | |
| 入浴 | 自立　・　見守り必要　・　一部介助　・　全介助 | | | | |
| （具体的状況） | | | | |
| 意思疎通 | 可能　・　一部必要　・　できない | | | | |
| （具体的状況） | | | | |
| その他 |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急連絡先・代理人 | ふりがな | |  | | | | | 本人との関係 |
| 氏　　名 | |  | | | | |  |
| 住　　所 | | 〒 | | | | | |
| 連絡先 | |  | | | | | |
| 家　族　関　係 | 【ジェノグラム】 | | | | | 【特記事項】 | | |
| 本人の家族状況 | 氏　名 | | | 続　柄 | 世　帯 | 連絡先 | | その他（健康状態等） |
|  | | |  | 同・別 |  | |  |
|  | | |  | 同・別 |  | |  |
|  | | |  | 同・別 |  | |  |
|  | | |  | 同・別 |  | |  |
|  | | |  | 同・別 |  | |  |
| 関　係　機　関 | 関係機関１ | 名　称 | |  | | 担当 |  | |
| 連絡先 | |  | | 備考 |  | |
| 関係機関２ | 名　称 | |  | | 担当 |  | |
| 連絡先 | |  | | 備考 |  | |
| 関係機関３ | 名　称 | |  | | 担当 |  | |
| 連絡先 | |  | | 備考 |  | |
| 備　考 |  | | | | | | | |

※事前に必ずお読みください。

登録には、以下のことにご同意ください。なお、コーディネーター等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、それ以外には使用することはありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急時の支援を円滑に行うため、必要な範囲において本人及び介護者等の個人情報を、市が障害福祉サービス事業所その他の機関から取得することに同意します。また、事業所の利用に必要な範囲で、この事業の登録内容、利用に関する情報及び記録を、市が指定障害福祉サービス事業所等関係機関に提供することに同意します。 | 同意の  場合は☑  □ |