

様式1

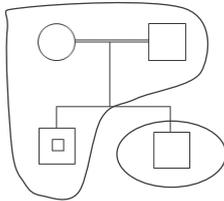
つくば市地域生活支援拠点等（緊急時の支援）
利用事前登録申請書

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 2024年4月1日

本人	フリガナ	ツカバ 知ウ		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男
	氏名	筑波 太郎			<input type="checkbox"/> 女
	住所	〒305-8555 つくば市研究学園 1-1-1			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 49年 4月 1日 (50歳)			
介護者	連絡先	1	(氏名) 筑波 一郎	続柄(父)	(住所) 同上 (連絡先) 029-883-1111
		2	(氏名) 筑波 花子	続柄(母)	(住所) 同上 (連絡先) 同上
		3	(氏名) 筑波 次郎	続柄(弟)	(住所) 東京都**区*** (連絡先) 03-**-***
本人の 基本 情報	障害の 種別・ 等級・ サービス 等	<input type="checkbox"/> 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()		<input checked="" type="checkbox"/> 自立支援医療(有・無)	
		<input type="checkbox"/> 療育手帳(OA A B C) その他()		<input checked="" type="checkbox"/> 障害年金等(障害基礎 1級)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 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(**地域活動支援センターに週1日通所)				
	疾病等	(治療中の疾患名、アレルギー、発作等の状況等) ・統合失調症 ・糖尿病(内服のみ・インシュリンなし)			
医療行為	<input type="checkbox"/> あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし				
定期通院	<input checked="" type="checkbox"/> あり(①統合失調症 **病院 ②糖尿病 **クリニック 通院頻度 ①②ともに月1) <input type="checkbox"/> なし				
服薬	<input checked="" type="checkbox"/> あり(①統合失調症 **薬 ②糖尿病 **薬 服薬頻度 ①朝・夕 ②朝) <input type="checkbox"/> なし				

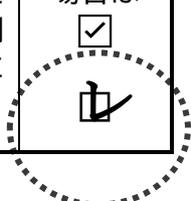
	問題行動 自傷行為 他害行為	<input type="checkbox"/> あり（具体的に記載） <input checked="" type="checkbox"/> なし
動作・活動	食事	(自立度) 自立 ・ 見守り必要 ・ 部分的介助 ・ 全介助 (食事形態) 常食 ・ 粥 ・ 刻み ・ ミキサー食 ・ その他 () (食事方法) 箸 スプーン ・ フォーク ・ その他 () (具体的状況) 自炊は困難
	排泄	自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ おむつ等の使用 (有・無) (具体的状況) 特筆なし
	着替え	自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 全介助 (具体的状況) 清潔の保持が困難
	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) 特筆なし
	入浴	自立 ・ 見守り必要 ・ 一部介助 ・ 全介助 (具体的状況) 入浴の促しが必要
	意思疎通	可能 ・ 一部必要 ・ できない (具体的状況) 複雑な話題になると混乱しやすい。
	その他	特筆なし

緊急連絡先・代理人	フリガナ	ツクバ イチロウ		本人との関係	
	氏名	筑波 一郎		父	
	住所	〒305-8555 つくば市研究学園 1-1-1			
	連絡先	029-883-1111			
家族関係	【ジェノグラム】 		【特記事項】 元々のキーパーソンは母であったが、2024年1月に転倒し骨折。現在も**病院に入院中、退院予定日は不明		
本人の家族状況	氏名	続柄	世帯	連絡先	その他(健康状態等)
	筑波 一郎	父	同 別	同上	心疾患の持病あり
	筑波 花子	母	同 別	同上	骨折で入院中
	筑波 次郎	弟	同 別	03-**-**	本人との交流が少ない
			同・別		

関係機関	関係機関1	名称	**地域活動支援センター	担当	地域 活子
		連絡先	029-**-**	備考	
	関係機関2	名称	**居宅介護支援事業所	担当	居宅 介斗
		連絡先	029-**-**	備考	母担当ケアマネジャー
	関係機関3	名称	**地域包括支援センター	担当	包括 仙太
		連絡先	029-**-**	備考	
備考	<p>自宅以外で生活した経験はないが、見守りが行える環境下であれば、1週間程度は概ね落ち着いて過ごすことができる。</p>				

※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。

<p>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、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。</p>	<p>同意の場合は</p> <input checked="" type="checkbox"/> 
--	--