



# 利用者福祉票

記入日 年 月 日

記入者

ふりがな			性別	男 ・ 女	
氏名			年齢	歳 (西暦) 年	
	生年月日	大正 平成	昭和 令和	年	月 日
住所	〒 -		電話番号	- -	
本籍地	<input type="checkbox"/> 同上 /				
転居先	<input type="checkbox"/> 同上 /				
世帯・親族の状況	氏名	続柄	連絡先		備考
			- -		
			- -		
			- -		
【 家族関係図 】			【 生活歴、普段の相談相手等 】		
			<input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 友人 その他		
相談の経緯	相談者・紹介者		相談までの経緯		
生活状況・収入等	収入・財産 <input type="checkbox"/> 年金生活2ヶ月 = 千円 (老齢関係・障害関係・遺族・寡婦・その他) <input type="checkbox"/> 預貯金 千円 有 ・ 無 年 月現在 <input type="checkbox"/> 家族の援助 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他		住居 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 賃貸 (賃料 = 千円) <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 施設名 _____ 移動日 年 月		
	氏名		連絡先	主治医	氏名 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"/> 肺疾患		<input type="checkbox"/> 脳梗塞等の脳疾患 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 骨折		
	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍(癌)		( 部位 )		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
	特記事項				
	入院中の場合	時期	年 月 頃 ~ 約 _____ 年 _____ ヶ月位	医療機関名	
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	期限	限度額	有 ・ 無	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援Ⅰ <input type="checkbox"/> 要支援Ⅱ <input type="checkbox"/> 特定疾患 ( ) <input type="checkbox"/> 非該当 <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				
	障害者手帳	有 ・ 無	級	種別	福祉給付金
個人情報提供の同意	『NPO法人こころざし』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。			署名:	<input type="text"/>

