

日常生活自立支援事業(待機者)(利用希望者) 状況確認票

関係機関各位 平素はお世話になっております。書ける範囲で情報提供お願い申し上げます。 交野市社会福祉協議会

1.本人の基本情報

2015/3/4

記入日	年 月 日 ()	記入者	
ふりがな		生 年 月 日	
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	大正・昭和・平成 () 歳
住所	〒 交野市		
	電話番号 :	携帯:	
	<input type="checkbox"/> 在宅で独居 <input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設等入所中 <input type="checkbox"/> その他		
障がい区分	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者等 <input type="checkbox"/> 知的障がい者等 <input type="checkbox"/> 精神障がい者等 <input type="checkbox"/> その他 ()		
手帳の有無	<input type="checkbox"/> 認知症高齢者 (要介護認定 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護		
要介護度	<input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A《重度》・B1《中度》・B2《軽度》・手帳なし)		
	<input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 級 <input type="checkbox"/> 手帳なし 疾患名 ()		
	<input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 級 (障がい名)		
収入	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> その他 ()		

2.健康状況

判断能力低下の原因となる疾患について	判断能力低下の原因となる疾患名		初診日	医療機関
	入院治療	病名	利用期間(入院時期も)	入院先
		現在		
過去				
通院治療	<input type="checkbox"/> 通院中			
	病名	頻度	通院中の医療機関	
		週・月 回		
		週・月 回		
投薬内容その他特筆すべき事項 錠 包 貼 ml				
その他の主な疾患	疾病の状況、治療状況(治療が必要な疾患についての入院や通院状況)			

3.相談経路

利用者の困りごとを最初に発見した人・機関 → から実施期間へ相談をしてきた人・機関の流れ

相談内容				
支援者等 関係機関	続柄	名前	連絡先	本人への支援
	行政 課			<input type="checkbox"/> 中心 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 少々 ()
	行政 課			<input type="checkbox"/> 中心 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 少々 ()
	福祉施設			<input type="checkbox"/> 中心 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 少々 ()
	医療関係			<input type="checkbox"/> 中心 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 少々 ()
	続柄			
家族				
その他				

負債の状況	金融業者からの借金 残高	円	借入先	
	クレジット、ローン契約による債務 残高	円	借入先	
	返済方法 <input type="checkbox"/> 全額返済 <input type="checkbox"/> 半額返済	返済期間	年	月まで
	公的な年金担保融資額	円	借入先	
	料金滞納等	返済が必要な額	特記事項	
	<input type="checkbox"/> 家賃	円		
<input type="checkbox"/> 公共料金	円			
<input type="checkbox"/> 健康保険・介護保険	円			
<input type="checkbox"/> その他の滞納	円			
内訳				

6.今後の生活状況を踏まえて

関係機関の所見

金銭管理の状況 ・これまでの金銭管理の状況  ・これからの協力範囲	・出金、支払い、福祉サービス等の利用手続き、家計管理、金銭の用途等の現状 ・支援者や支援方法、頻度等記入 ・出金後関係機関にて一部金銭(預かり)受渡し者になり本人管理の手伝い出来る <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 要相談 ・本人の判断能力を考慮して、社協と関係機関とが同行して本人へ金銭受渡しを行うことが出来る <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 要相談				
本事業の利用が必要な特筆すべき理由 〓	・事業利用の必要性について本人の認識は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> ない ・事業利用を希望する理由 () ・今後の金銭管理の方法について本人の希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・希望内容 () ・預かり物品の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし () ・本事業以外の福祉サービス利用希望 <input type="checkbox"/> あり () ・担当が必要と考えるサービス () その理由 () ・生活保護受給者に対して小まめな援助、助言、お金の使い方の相談が出来る <input type="checkbox"/> 随時 <input type="checkbox"/> 定期的 ・各種福祉サービス利用に関して、又地域移行に関して関係機関による合同カンファレンスに参加出来る <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 要相談				
・成年後見制度の利用 (いない場合は無記載)	<input type="checkbox"/> 成年後見制度を利用 (している ・ 利用予定 ・ 任意後見契約を締結) 本人との関係 <input type="checkbox"/> 第三者 (後見 ・ 補佐 ・ 補助) その他 { } <input type="checkbox"/> 新族 (続柄)				
推定相続人の有無 (家族関係) [保管物品受け取り可 の場合 <input checked="" type="checkbox"/>]	<table border="1"> <tr> <td>成年後見人等氏名</td> <td>所属、連絡先</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 配偶者 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 父 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 母 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 子 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 子 有 . 無 扶養義務 有 . 無 </td> <td> <input type="checkbox"/> 兄弟 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 姉妹 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 祖父 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 祖母 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> その他 有 . 無 扶養義務 有 . 無 </td> </tr> </table>	成年後見人等氏名	所属、連絡先	<input type="checkbox"/> 配偶者 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 父 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 母 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 子 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 子 有 . 無 扶養義務 有 . 無	<input type="checkbox"/> 兄弟 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 姉妹 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 祖父 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 祖母 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> その他 有 . 無 扶養義務 有 . 無
成年後見人等氏名	所属、連絡先				
<input type="checkbox"/> 配偶者 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 父 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 母 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 子 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 子 有 . 無 扶養義務 有 . 無	<input type="checkbox"/> 兄弟 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 姉妹 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 祖父 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> 祖母 有 . 無 扶養義務 有 . 無 <input type="checkbox"/> その他 有 . 無 扶養義務 有 . 無				
問い合わせ名簿	<input type="checkbox"/> 相談・訪問を希望する <input type="checkbox"/> 待機を希望する / <input type="checkbox"/> 待機を継続する <input type="checkbox"/> 待機を取り消す				
これからの生活について ・本人の希望を記入下さい					