様式第2号（第7条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　調査日：　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記録者：

障害者緊急一時保護事業対象者調査票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 | 電話番号　（　　）－　　　　 |
| 氏　名 | 　　年　　月　　日生（　　歳） |
| 医療機関名及び受診状況 | 疾病等 | 主たる疾病 |
| 感染症等 |
| 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　主治医： |
| 医師からの注意事項 |
| 通院（定期・不定期）服薬（有　・　無） | 保険の種類（社保・国保・後期） | 生活保護の受給（有・無） | 障害支援区分（　　　　） |
| 心身の状況等 | 身長 | cm | 歩行 | 自立　杖・歩行器等　一部介助　全介助 |
| 体重 | kg | 排泄 | 自立　一部介助　全介助　おむつ |
| 視力 | 普通　　弱視　　全盲 | 食事 | 自立　一部介助　全介助 |
| 聴力 | 普通　 やや難　 難聴 | 入浴 | 自立　一部介助　全介助　清拭 |
| 言語 | 普通　 やや難　 難聴 | 着脱衣 | 自立　一部介助　全介助 |
| 問題行動 | 無　・有　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 同居者（家族等）の状況 | 氏　　名 | 生年月日 | 年　齢 | 続　柄 | 職　業 | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 別居者の状況 |  | 住　　所：電話番号：　　　（　　） |
| 調査所見 |  |
|  |
|  |
|  |

今回の調査内容について、町が相談支援センター及び事業実施施設へ情報を提供することに同意します。

利用者：　　　　　　　　㊞　　署名代行人：　　　　　　　　㊞　　（続柄　　　）

※原則、利用者の署名が必要ですが、利用者への意思確認ができない場合は、家族の方が署名代行人欄に家族名を記入し署名してください。