

住居移行するためのチェックリスト①

ふりがな 名前		生年月日	年 月 日生 (歳)		
現住所	〒 -				
連絡先	自宅			携帯	
緊急連絡先①			名前		
緊急連絡先②			名前		

家族状況	続柄	名前	生年月日	年齢	同居・別居	特記事項	
						同・別	
						同・別	
						同・別	
						同・別	
						同・別	

成年後見人の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 後見 <input type="checkbox"/> 保佐 <input type="checkbox"/> 補助 <input type="checkbox"/> 任意後見				
	名前		連絡先		
	住所				

手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 (級) 傷病名 ()				
年金	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 障害年金 (級) <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 (月額:)				
手当	<input type="checkbox"/> 無 種類: (月額:)	生活保護	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
医療保険等	<input type="checkbox"/> 国保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 社保 (本人・家族) <input type="checkbox"/> 高齢者医療 <input type="checkbox"/> 重度障害者医療 <input type="checkbox"/> 原爆				
自立支援医療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 更生 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 精神通院	受診医療機関			
障がい支援区分	<input type="checkbox"/> 無 非該当・1・2・3・4・5・6	相談支援専門員			
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 非該当・支1・支2・ 介1・2・3・4・5	ケアマネジャー			
利用中サービス (頻度・曜日等)					
特記事項					

記載年月日： 年 月 日 記載者：

【支援経過】

--

【生活歴】

--

【病歴・医療機関受診状況】

疾患名	受診機関	受診科目	主治医	頻度	服用状況
特記事項 (受診状況等)					

【関係機関連絡先】

機関名	担当者名	連絡先	
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX

記載年月日： 年 月 日 記載者：