

地域生活支援拠点等事業 事前登録届出書（令和 年度）

登録者情報	フリガナ					
	氏名					
	住所					
	電話番号					
	生年月日	年 月 日（ 歳）				
	性別		身長	c m	体重	k g
障がいの種類・程度等	移動	☐ 歩行可能 ☐ 歩行可能（杖歩行） ☐ 車いす（自操可） ☐ 車いす（自操不可）				
	更衣	☐ 支援必要 ☐ 見守り等必要 ☐ 部分的な支援必要 ☐ 全面的な支援が必要				
	排泄	☐ 支援が必要 ☐ 部分的な支援が必要 ☐ 全面的な支援が必要				
	コミュニケーション	☐ 支障なし ☐ 支障あり（具体的内容 ）				
	障がい又は疾患名					
	アレルギーの有無	☐ なし ☐ 鶏卵 ☐ 牛乳 ☐ 小麦 ☐ その他（ ）				
	障がい者手帳	☐ 身体障がい者手帳 級 / ☐ 申請中				
		☐ 療育手帳 級 / ☐ 申請中				
		☐ 精神障がい者手帳 級 / ☐ 申請中				
障がい支援区分	☐ なし ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6					
医療情報	主病名・既往歴					
	通院状況	①医療機関名 （ 科） 主治医 先生 連絡先 ②医療機関名 （ 科） 主治医 先生 連絡先				
	内服薬	☐ あり ⇒ ☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夕 ☐ 眠前 （処方内容 ） ☐ なし				

※計画相談等を利用されている場合は、基本情報の添付で、下記の記入を省略できます

家族・親族・後見人	名前	年齢	続柄	同居・別居	緊急連絡先	連絡順
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
				同居・別居		
利用サービス	サービス種類	支給量	事業所名		担当者	連絡先
	☐ 計画相談 ☐ 委託相談					
家庭での生活状況	日常生活の様子・リズム (起床・就寝時間等)					
	自立・習慣化 している活動					
	周囲の人が 困っている行動					
	好きなもの 得意なもの					
	こだわっている 行動・もの・ひと					
	嫌いなもの 苦手なもの					
	移動手段					
特記事項(医療的ケア、食事形態、その他気になること)						

市長 様

地域生活支援拠点等の登録にあたり、上記のとおり届出します。

私の支援に当たり、契約している事業所以外の支援を受ける必要がある場合は、届出に記載した情報等を、地域生活支援拠点等の登録事業所と共有することに同意します。

年 月 日

名 前 _____

届出者	☐ 登録者本人 ☐ 登録者本人以外（下の欄に記入）		
氏 名		登録者との関係	
住 所	〒 _____ 電話番号 _____		