

利用者登録シート

受付日： 年 月 日

担当者： _____

利用者の状況									
利用した 機能	・ 体験の機会・場 ・ 緊急時の受け入れ・対応								
フリガナ				男 ・ 女	生年 月日	年 月 日			歳
氏名									
住所	〒				電話 番号	(携帯)			
障害者手帳 の種類等	身体・精神 () 級 知的 ()		受給者 証番号			障害支援区 分・期間	1・2・3・4・5・6 申請中、～ 年 月		
健康保険の種別	国保・社保・船保・共済・生活保護・その他 ()								
障がい・ 疾病の状 況				経済 状況	障害年金 () 級、生活保護 所得収入： その他：				
主たるかかりつ け医の情報	医療 機関			主治 医				連絡 先	
持病・アレルギー・発作の状況									
服薬の状況	種類				頻度				
家族の状況 (優先的に連絡をする人を上から順に記入してください。)									
氏名	続柄	生年月日	住所 (別居の人のみ記入)			電話 (携帯) 番号			
家族以外 (キーパーソン) の連絡先 (該当する人がいない場合は記入不要)									
氏名	続柄	生年月日	住所			電話 (携帯) 番号			
相談支援の状況 (有・無) ※「無」の場合は必ず裏面も記載して下さい。									
相談支援専門員	電話番号		所属事業所名			事業所電話番号			
サービスの状況 (有・無)									
事業所名	担当者名		電話番号			サービスの種類及び量			

遠賀中間地域生活支援拠点等事業実施要綱第4条に規定する事業を利用する場合に、今回調査する内容及び障がい福祉サービス等の利用時に得た情報を、遠賀中間地域における障がいのある人等の支援を行う関係機関 (指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者など) に提供することに同意します。

署名 (本人又は保護者) _____ 印 _____

※自署の場合は押印は不要です。

