

指定特定相談支援事業所大地

相談申込み書兼登録申込書

「指定特定相談支援事業所大地」では障害福祉サービス利用に関する相談、及びサービス等利用計画案作成の依頼を受け付けております。相談をご希望の方は申込書にご記入下さい。尚、相談支援において知り得た個人情報は、下記内容によって厳守いたします。

- ・ お申し込みいただいた方の個人情報は、目的の範囲を超えて利用することはありません。
- ・ 個人情報については、ご本人様の同意を得て情報開示をおこないます。尚、緊急対応等でやむを得ず情報提供をおこなった際は、速やかにご報告します。
- ・ 情報内容に誤りがあるときは、ご本人様の求めに応じ訂正・追加または削除を行います。
- ・ 登録を解消することもできます。解消する際は、当事業所までご連絡下さい。

指定特定相談支援事業所大地 所長 高野 永

【基本情報】		記入日	R	年	月	日
フリガナ 本人氏名		男・女	生年月日	(昭・平・令) 年 月 日		
			年 齢	歳		
住 所	〒 - - - - -					持家・借家
連 絡 先	(自宅)	-	-	(携帯)	-	-
	(FAX)	-	-	(メール)		
職業・学校等	※学校等の場合は学年も記入					

フリガナ 相談者氏名 <small>※本人以外の場合</small>		住 所	〒 - - - - -			
連 絡 先	(自宅)	-	-	(携帯)	-	-
	(FAX)	-	-	(メール)		

【相談内容】	(相談内容別) サービス利用支援 ・ 障害の理解 ・ 不安解消の支援 ・ 健康・医療の支援 ・ 保育・教育の支援 家計・経済の支援 ・ 生活技術の支援 ・ 就労の支援 ・ 余暇活動の支援 ・ 権利擁護の支援 ・ その他					
	(使いたいサービス、利用の経緯等)					

【障害に関する状況】	
障害種別等	身体 (肢体 ・ 視覚 ・ 聴覚 ・ 内部 ・ その他())
	知的 ・ 精神 ・ 発達 ・ その他()
	障害名又は疾患名等
	医療的ケア なし ・ あり ()
身体障害者手帳等級	なし ・ 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 申請中
療育手帳等級	なし (A) ・ A ・ B ・ C 申請中

精神障害者保健福祉手帳等級	なし・1級・2級・3級	申請中
障害支援区分	なし・非該当 1・2・3・4・5・6	手続中
介護保険要介護度	なし・非該当 支1・支2・3・4・5	手続中
障害年金	なし・あり(級)	手続中
現在利用中の障害福祉サービス等	なし・あり()	

【医療保険等】

【障害者医療等】

医療保険：被保険者（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ）	<input type="checkbox"/> 自立支援医療（ <input type="checkbox"/> 更生 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 精神通院）
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 特別医療 <input type="checkbox"/> その他（ ）

【医療機関受診状況】

疾患名	受診機関	受診科目	主治医	受診頻度	服薬状況
					なし・あり
					なし・あり
					なし・あり
訪問看護の利用について	なし・あり(事業所名:)				利用頻度:
特記事項					

【家族状況】

家 （本人 以外） 状 況	続柄	フリガナ 氏 名	年齢	職業・学校	同居・別	生年月日
					同・別	S・H・R 年 月 日
					同・別	S・H・R 年 月 日
					同・別	S・H・R 年 月 日
					同・別	S・H・R 年 月 日
					同・別	S・H・R 年 月 日
					同・別	S・H・R 年 月 日
特記事項等						

【生活のなかで困っていること等】

--

【お問い合わせ先】 指定特定相談支援事業所大地

〒335-0023 戸田市本町2-16-3 ハイソヨシタカ107号室

TEL:048-432-3777 FAX:048-229-7065 mail:daichi@wakakusa-kai.com

相談時間:月曜日～金曜日(土日祝日、年末年始は休み)、午前8:30～午後5:15