

# 本人（ \_\_\_\_\_ さん）に関する照会書

## 1 本人の生活状況について

現在の居所等

病院入院，施設等に入所中（所在地，病院・施設名，電話番号）

上記以外で生活

住所・電話番号

同居者 あり（ \_\_\_\_\_ 人） なし

## 2 本人の健康状態（身体的な症状等）

- ・ 精神障害手帳 なし あり（1 2 3級）
- ・ 身体障害者手帳 なし あり（1 2 3 4 5 6 7級）
- ・ 療育手帳 なし あり（A B1 B2）
- ・ 要介護認定 なし あり（要支援 要介護1 2 3 4 5）

## 3 本人の判断能力（できることに○，できないことに×，時々で違うことに△，とつけてください。）

- （ \_\_\_\_\_ ）名前を正確に言える （ \_\_\_\_\_ ）生年月日と年齢が正確に言える
- （ \_\_\_\_\_ ）今日の日付が言える （ \_\_\_\_\_ ）自分の居場所がわかる
- （ \_\_\_\_\_ ）簡単な会話ができる （ \_\_\_\_\_ ）100-7が答えられる
- （ \_\_\_\_\_ ）ひとりで買い物ができる （ \_\_\_\_\_ ）自分の財産をほぼ把握している

## 4 本人の経歴（出生，居住地，学歴，職歴，結婚，入退院・施設入所歴等）を記入してください。

年月日	経歴事項	年月日	経歴事項

## 5 本人の配偶者，親，子，兄弟姉妹の氏名，連絡先を記載してください。

（親族の意向をうかがうことがあります。）

本人との関係	氏名	年齢	住所	電話番号

## 6 特記事項

※用紙が足りない場合は，適当な用紙を使用してください。

回答年月日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記入者 \_\_\_\_\_