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）

(1) 精神障害手帳　□なし　□あり（1　2　3級）

(2) 身体障害者手帳　□なし　□あり（1　2　3　4　5　6　7級）

(3) 療育手帳　□なし　□あり（A　B1　B2）

(4) 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　　㊞