

入居者情報あんしんシート

○入居者情報

記入日 年 月 日 更新日 年 月 日

入居者	ふりがな氏名		【外国人の場合】 国 籍： 対応可能言語：
	入居物件		

○連絡先情報

親族・友人等	①	ふりがな氏名		電話番号	
		住所		間柄	<input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> 友人() <input type="checkbox"/> 連帯保証人 <input type="checkbox"/> その他()
	②	ふりがな氏名		電話番号	
		住所		間柄	<input type="checkbox"/> 親族() <input type="checkbox"/> 友人() <input type="checkbox"/> 連帯保証人 <input type="checkbox"/> その他()

○医療・福祉に関する情報

健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 往診 (病名：)				
医療機関 (かかりつけ医)	名称		名称		
	電話番号		電話番号		
介護保険サービス (ケアマネ)	利用有・無	要介護度 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5			
	居宅介護支援事業所名		ケアマネジャー		
	電話番号				
障害福祉サービス	訪問・通所	週・月に 回 / 日・月・火・水・木・金・土 曜日			
	利用有・無	障害者手帳 あり・なし / 身体・療育・精神 級			
	相談支援事業所名		担当者名		
生活保護制度	電話番号				
	利用有・無	家賃の代理納付に同意 する・しない			
	福祉事務所名		担当者名		
生活困窮者自立支援制度	電話番号				
	利用有・無	プラン期間(予定) 年 月 ~ 年 月			
	生活自立・仕事相談センター名		担当者名		
シニアサポートセンター	電話番号				
	事業所名		担当者名		
障害者生活支援センター	電話番号				
	事業所名		担当者名		

○その他

※他に利用している見守りサービスやお伝えしておきたいことがあれば記入してください。

<同意欄>

このシートの情報は、入居者の居住支援を実施する目的の範囲で、家主・不動産事業者及びこのシートに記載されている関係者の間で共有されることに同意します。

本人署名欄：

取扱団体名：	担当者：
--------	------