

作成日		作成機関		作成者	
-----	--	------	--	-----	--

第1希望		第2希望		第3希望	
------	--	------	--	------	--

①利用者の情報

フリガナ		生年月日		連絡先	TEL		
氏名		性別			年齢	歳	FAX
住所					E-mail		
手帳	身体：1・2・3・4・5・6/部位： (有・無) 知的：A・B1・B2 精神：1・2・3				家族構成		
障害福祉関係サービスの利用 (有・無) 障害支援区分 (1・2・3・4・5・6・なし) (種類) 身体介護・家事援助・通院等介助・通院等乗降介助・重度訪問介護・同行援護 行動援護・短期入所・生活介護・就労移行支援・就労継続支援 (A型・B型) 自立訓練 (機能・生活・宿泊型)・共同生活援助・施設入所支援・療養介護 就労定着支援・自立生活援助・計画相談・地域移行支援・地域定着支援 移動支援・日中一時支援							
収入・年金(障害 基礎・厚生・その他： 級) ・その他()			緊急連絡先 (優先順) 氏名 本人との関係と居住地 連絡先				
疾病：診断名			①				
自立支援医療 (有・無)：精神・育成・更生			②				
③			④				
通院先 医療機関名： 主治医： 通院頻度： 服薬(有・無)頻度： /頓服(有・無)使用上限： /管理方法(自己・家族・訪問看護)							

②緊急時に想定される相談内容

相談内容	対応

③支援経過・現状と課題等

--

④緊急短期入所先までの移動手段

平日・日中：（緊急時の受入・対応の対象ではありませんが想定してください。）

休日・夜間：

⑤サービス利用状況

	事業所名	種類	担当者	連絡先
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				
(5)				

⑥ADL

- ・移動（ 歩行・車いす・バギー・歩行器・その他 ）
- ・食事（ 自立・一部介助・全介助 ） 食事形態・留意事項等（ ）
- ・入浴（ 自立・一部介助・全介助 ）
- ・排泄（ 自立・一部介助・全介助・定期排便 ）
- ・金銭管理（ 自立・一部介助・全介助 管理者 ）
- ・日常の意思決定（ 自立・一部介助・不可 ）
- ・行動障害（ 有・無 ） ※有の場合、具体的な内容や対応方法を以下に記載
（ ）

⑦普段の生活（起床・昼食・就寝などを時間軸で記載してください）

_____→

★好きなこと：

★苦手なこと：

⑧その他配慮してほしいことや近況状況など

--