**本人に関する情報　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（C）**

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| 記入者氏名 |  | 職種 |  | 記入日 |  |

■障がいに関する情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生年月日 |  | 年齢　　歳　　ヶ月 | 男・女 |
| 住所 | 〒 |
| TEL |  | FAX |  | 携帯 |  |
| 障がいまたは疾患名 |  |
| 障害者手帳種類・等級 | 身体　　種　　　級 | 知的　[ ] A1 　[ ] A2　 [ ] B1　 [ ] B2（✓を記入） | 精神　　　　級 |
| 特記事項（手帳情報以外の障がい特性等） |  |
| 給付状況 | 特別児童扶養手当 | [ ]  1級　[ ]  2級　[ ] 無　　（✓を記入） |
| その他の給付など |  |
| 小児慢性特定疾患日常生活用具 |  |
| 備考 |  |

■家族構成（保護者、主たる支援者に○印）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 年齢 | 続柄 | 同別居(✓を記入) | 備考（職業等） | 保護者・主たる支援者の状況（支援状況・健康状況） |
|  |  |  | [ ] 同・[ ] 別 |  | ＊児童の場合は、保護者の生年月日を記入父：昭和　　　年　　　月　　　日母：昭和　　　年　　　月　　　日　平成　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |  | [ ] 同・[ ] 別 |  |
|  |  |  | [ ] 同・[ ] 別 |  |
|  |  |  | [ ] 同・[ ] 別 |  |
|  |  |  | [ ] 同・[ ] 別 |  |
|  |  |  | [ ] 同・[ ] 別 |  |
| 家族構成図（□＝男　○＝女　本人□　◎） | 社会関係図（エコマップ）＊本人とかかわりを持つ機関・人物等（役割） |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 障害者総合支援法 | 障害認定　[ ] なし　[ ] あり障害支援認定区分　区分　　　　　　　認定日H　　　　年　　　月　　　日 |
| 利用している医療・福祉サービス | 利用サービス名 | 提供機関 | 支援内容 | 利用頻度 | 備考 |
|  |  |  | 日/月 |  |
|  |  |  | 日/月 |  |
|  |  |  | 日/月 |  |
|  |  |  | 日/月 |  |
| インフォーマルサポート |  |

■医療に関すること

|  |  |
| --- | --- |
| 医療保険 | [ ] 国保　　　[ ] 社保　　　[ ] 共済　　　[ ] 生活保護　　　[ ] 高齢医療 |
| 医療費の助成等 | [ ] 自立支援医療　[ ] 福祉医療　[ ] 重度心身障がい者医療費補　[ ] 特定疾患　[ ] 老人医療 |
| 病歴 |  |
| 現在の治療状況 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　）主治医（　　　　　　　　　）℡（　　　　　　　　　　） |
| 主病名 | [ ] 入院　[ ] 通院　[ ] 往診　[ ] 訪問看護[ ] その他　　　回/月 |
| 服薬の内容・治療状況 |
| 医療機関名（　　　　　　　　　　　）主治医（　　　　　　　　　）℡（　　　　　　　　　　） |
| 主病名 | [ ] 入院　[ ] 通院　[ ] 往診　[ ] 訪問看護[ ] その他　　　回/月 |
| 服薬の内容・治療状況 |
| 特記事項 |

■これまでの生活歴（生育歴、教育歴、就労歴など）

|  |
| --- |
|  |

■現在の生活状況　※必要に応じてチェック表添付（Dシート）

|  |  |
| --- | --- |
| 住居状況 | [ ] 自宅（単身）　　[ ] 自宅（家族と同居）　[ ] GH　　　[ ] CH　　　[ ] 借家（アパート）[ ] 入院　　[ ] 入所施設　　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　） |
| 住居環境 | 自室の有無、台所、寝具、トイレ、段差、手すりなどの状況 |

|  |  |
| --- | --- |
| ■本人の望むこと（いいところ、伸びてほしいところ） | ■家族、関係者の意見 |
| ・ | ・ |

|  |
| --- |
| ●記入者所見・ |

医療的ケア児の支援情報書

|  |
| --- |
| 氏名　 |
|  |  | 現状 | 支援内容 | 特記事項（配慮点） |
| （身の回りのこと、自己管理の状況等）本人の状態 | ADL |  |  |  |
| 日中の様子日中活動 |  |  |  |
| 睡眠 |  |  |  |
| 服薬管理 |  |  |  |
| 金銭管理 |  |  |  |
| 対人面 |  |  |  |
| コミュニケーション |  |  |  |
| 障がい特性 |  |  |  |
| その他（合併症） |  |  |  |
| 必要な医療機器・支援器具などの情報 |
| 医療機器名 | 機器商品番号（メーカー） | 機器調達先（連絡先） | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

主治医の意見及び支援に向けた留意点（※必要に応じては、サマリーのコピー添付可能）

|  |
| --- |
|  |

これまでの支援者・専門機関からのアドバイスや伝達事項等

※アドバイス先（訪問看護ステーションの看護師、ST、OT、PTなど）

|  |
| --- |
|  |

ケアに対する家族の思い（課題・介護方法・緊急時に願うこと等）

|  |
| --- |
|  |

保健師の意見

|  |
| --- |
|  |

緊急連絡網（担当者の電話番号）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【現在の生活】　　（E）

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 |
| 5：00 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 6：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 8：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 10：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 12：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 14：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 16：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 18：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 20：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 22：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 0：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 4：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　私の今の暮らしと、これからの希望する暮らしについて　　　（F）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | さん | 記入者 | 職種：相談支援専門員 | 氏名： | 記入日： |
| ご本人に聞きます | 関係者に聞きます |
| 今私が希望すること・応援してほしいこと困っていること・不安に思うこと | 関係者が本人に願うこと、応援したいこと　気になっていること・心配していること　（”誰が”を明記する） |
| 好きなことや楽しみ | ・ | ・ |
| ニーズ |  |
| 人付き合いのこと | ・ | ・ |
| ニーズ |  |
| 住むところ | ・ | ・ |
| ニーズ |  |
| 身の回りのこと（清潔の保持や食事に関わること等） | ・ | ・ |
| ニーズ |  |
| 仕事や活動のこと（学校での取り組み目標） | ・ | ・ |
| ニーズ |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 体や心のこと | ・ | ・ |
| ニーズ |  |
| 金銭管理や経済面のこと | ・ | ・ |
| ニーズ |  |
| もしもの時のこと | ・ | ・ |
| ニーズ |  |
| その他 | ・ | ・ |
| ニーズ |  |
| 私の得意なこと・苦手なこと | 関係者が思うご本人の得意なこと・苦手なこと |
|  |  |
| 私の想いの要約（100文字） |
|  |

私の応援プラン（サービス等利用計画・障がい児支援利用計画）（案）　（J）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 障害支援区分 |  | 相談支援事業者 |  |
| 障がい福祉サービス受給者証番号 |  | 利用者負担上限額 |  | 計画作成担当者 |  |
| 地域相談支援受給者証番号 |  | 通所受給者証番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 計画作成日 |  | モニタリング期間 |  | 保護者同意署名欄 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本人の想いの要約（100文字要約）利用者・家族の生活に対する意向 |  | 全体的な支援の方向 |
|  |
| こうありたいと思う暮らし（長期目標） |  |
| そのためにはの小さな第一歩（短期目標） |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 私や希望すること応援して欲しいこと解決して欲しいこと（本人や家族のニーズ） | 具体的な本人や家族の目標（支援目標） | 目標の達成時期 | 応援する人・ところ | 私や家族が行うこと（役割） | 目標に対する振り返り時期：月日 | サービスの開始時期年月日 | その他留意事項（個別支援計画への伝達事項等含む） |
| 種類・内容量（頻度・時期） | 提供事業者名（担当者名・電話） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

私のくらし応援プランの話し合い（ケア会議）の参加者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属 | 職名 | 氏名 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 話し合いの日　平成　　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　：　　～　　　：　　　 | 場所 |  |

週間計画表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |
| 5：00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 6：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 8：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 10：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 12：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 14：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 16：00 |
|  |  |  |  |  |  |  | 週単位以外のサービス |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 18：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 20：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 22：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 0：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 4：00 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供によって実現する生活の全体像 |  |

★このプランはケア会議において、市町村が　　[ ] 確認しました　　[ ] 未確認です