

No.

---

# 障がい者(児)支援台帳

(サービス利用)

氏名

---

小山市福祉課  
障がい支援係  
電話 0285-22-9629

受付日 : 年 月 日

本人	ふりがな 氏名	(男・女)		生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	居住地	(援護の実施者 : TEL ) FAX				
	身体障害	診断名	( 年 月頃)			
		障害名				
		身障手帳	種 級	年 月 日交付		
	知的障害	診断名	( 年 月頃)			
		障害名				
		療育手帳	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ( A・B )	年 月 日交付		
	精神障害	診断名				
		精神保健福祉手帳	1級 ・ 2級 ・ 3級	年 月 日交付		
保護者	ふりがな 氏名	(男・女)		続柄		
	住所	TEL FAX				
来所経路等	1 本人からの相談 2 家族からの相談 3 個人紹介 4 民生委員 5 保健所 6 医療機関 7 社会福祉機関 ( ) 8 教育機関 9 職場 10 その他 ( )					
相談内容						

続柄	ふりがな 氏名	同別居	生年月日		特記事項（心身の状況等）
			年齢	職業・学校	
家族の状況		同・別	年 月 日		
		同・別	年 月 日		
		同・別	年 月 日		
	同・別	年 月 日			

家族構成図：男性は□、女性は○、本人は二重線とする。本人との続柄や年齢を記入する。  
同居の3親等は死亡者も記載すること。同居は線で囲む。

身元引受人    後見人    氏名    (男・女)    続柄

住所

電話    FAX

緊急連絡先    氏名    (男・女)    続柄

住所

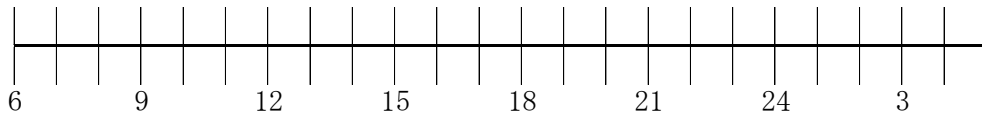
電話    FAX

生育歴〔出産時及び乳幼児期における状況〕	
生活歴〔本人の結婚、就労、入院・入所の状況や家族の状況〕	
医療機関利用状況〔受診科目、頻度、主治医、疾患名、医療機関までの距離〕 ①過去の状況	
②現在の状況	
医療保険：被保険者（本人・家族） <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 組合健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
障害者医療： <input type="checkbox"/> 重心医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患公費負担制度 <input type="checkbox"/> 更生医療 （ 年 月 日～） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
年金・手当： <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養者手当 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 老齢年金 （ 年 月 日～） <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> 心身障害者扶養共済 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
経済環境〔本人、家族等の経済環境〕	
性格・行動等	性格の特徴：
	問題行動等：
	金銭処理等：

<p>身 辺 処 理 状 況 等</p>	<p>移動：屋内      <input type="checkbox"/>自立   <input type="checkbox"/>一部介助（      ） 全介助（      ）  屋外      <input type="checkbox"/>自立   <input type="checkbox"/>一部介助（      ） 全介助（      ）  更衣：<input type="checkbox"/>自立      <input type="checkbox"/>一部介助（      ） <input type="checkbox"/>全介助（      ）  食事：<input type="checkbox"/>自立（箸、スプーン、フォーク） <input type="checkbox"/>一部介助（      ） <input type="checkbox"/>全介助（      ）  入浴：<input type="checkbox"/>自立      <input type="checkbox"/>一部介助（      ） <input type="checkbox"/>全介助（      ）  排泄：<input type="checkbox"/>自立      <input type="checkbox"/>一部介助（      ） <input type="checkbox"/>全介助（      ）  コミュニケーション  伝達：<input type="checkbox"/>支障なし（      ） <input type="checkbox"/>一部支障あり（      ） <input type="checkbox"/>支障あり（      ）  理解：<input type="checkbox"/>支障なし（      ） <input type="checkbox"/>一部支障あり（      ） <input type="checkbox"/>支障あり（      ）  使用している福祉用具  屋内：  屋外：</p>
<p>当該障害者が置かれている環境</p>	<p>1 住宅の状況  ①<input type="checkbox"/>一戸建て（1階、2階）  <input type="checkbox"/>集合住宅（      階）→賃貸、所有、その他（      ）  ②住宅改修の有無  <input type="checkbox"/>有（場所：      ） <input type="checkbox"/>無  2 居室等の状況  ①専用居室   <input type="checkbox"/>有   <input type="checkbox"/>無  有りの場合      <input type="checkbox"/>1階   <input type="checkbox"/>2階   <input type="checkbox"/>その他  ②居室等の状況  <input type="checkbox"/>支障なし   <input type="checkbox"/>一部支障あり（      ） <input type="checkbox"/>支障あり（      ）  3 トイレ  ①<input type="checkbox"/>和式   <input type="checkbox"/>洋式  ②トイレの状況  <input type="checkbox"/>支障なし   <input type="checkbox"/>一部支障あり（      ） <input type="checkbox"/>支障あり（      ）  4 浴室  <input type="checkbox"/>支障なし   <input type="checkbox"/>一部支障あり（      ） <input type="checkbox"/>支障あり（      ）  5 利用可能な交通手段  <input type="checkbox"/>JR   <input type="checkbox"/>東武鉄道   <input type="checkbox"/>バス（      ）   <input type="checkbox"/>福祉タクシー   <input type="checkbox"/>自家用車  <input type="checkbox"/>自転車   <input type="checkbox"/>その他（      ）   <input type="checkbox"/>無し  6 その他住宅環境等で支障のあるところ</p>
<p>見取図</p>	

現在の生活状況〔普通の1日の流れ〕

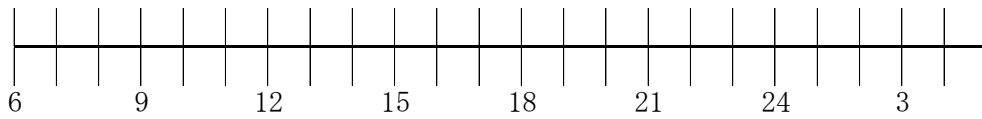
本人



介護者

希望する1日の流れ

本人



介護者

本人の要望・希望する暮らし：

家族の要望・希望する暮らし：

支援目標



相談日	年 月 日	[相談者氏名]	[障害者との関係]
相談内容			
対応者所見			
対応状況			
<input type="checkbox"/> 情報提供のみ	<input type="checkbox"/> 他機関紹介(紹介先:	)	
<input type="checkbox"/> 訪問対応予定	年 月 日( )		
<input type="checkbox"/> 再来所予定	年 月 日( )		
<input type="checkbox"/> ケアマネジメント	要・不要	<input type="checkbox"/> 対応者氏名	

相談日	年 月 日	[相談者氏名]	[障害者との関係]
相談内容			
対応者所見			
対応状況			
<input type="checkbox"/> 情報提供のみ	<input type="checkbox"/> 他機関紹介(紹介先:	)	
<input type="checkbox"/> 訪問対応予定	年 月 日( )		
<input type="checkbox"/> 再来所予定	年 月 日( )		
<input type="checkbox"/> ケアマネジメント	要・不要	<input type="checkbox"/> 対応者氏名	