

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

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

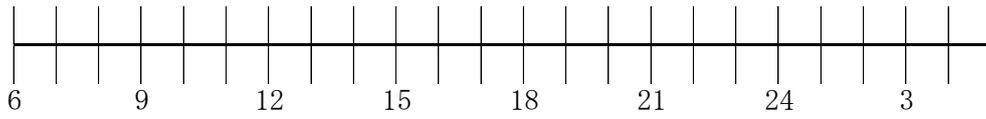
FAX

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〕

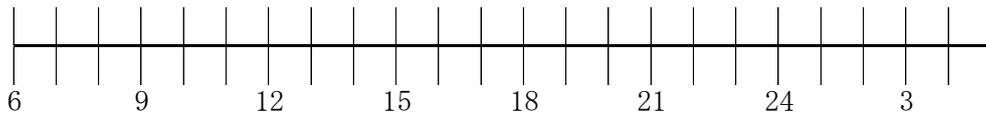
本人



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	