

(様式1号)

障害者支援施設入所調整検討票

援護の実施主体（市・町）

作成日 年 月 日

担当者名

ふりがな 対象者氏名	(男・女) 昭和・平成 年 月 日生 (歳)						
住所 (入院や入所中の場合)	(施設名、施設住所：)						
身障手帳	障害名： 等級： 級 交付年月日： 再交付年月：						
療育手帳	無・有 (程度) 重心認定の有無 (有・無)						
精神手帳	無・有 (級 障害名；) 取得年月 ()						
支援区分	判定区分： 審査会審査年月日： 認定有効期間：						
	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
	%	%	%	%	%	%	%
市町村審査会資料（医師意見書・調査員調査書等）障害・生活状況がわかる資料を添付すること							
施設入所を希望する理由・目的 (緊急性の有無)							
入所希望施設	第1希望 () 第2希望 () 第3希望 () 第4希望 () 第5希望 () ※ 1. るりこう園 2. 清湖園 3. 湖北タウンホーム 4. ふるさと 5. 湖南ホームタウン 当該施設を希望する理由：						
医療状況	1. 障害の原因となった疾病・外傷 傷病名： 2. 発症・外傷発生年月日： (先天性、 疾病、 外傷、 他) 3. 医療状況 ・かかりつけ医療機関名： ・医療ケア有無 (有 ・ 無) 有の場合は該当するケアに○をしてください ① 気管切開 ② 喀痰吸引 (回数 回/日) ③ 胃瘻 ④ 経管栄養 ⑤ 褥瘡ケア ⑥ 疼痛ケア ⑦ ストマケア ⑧ 導尿 ⑨ 体位交換 (1日に6回以上) ⑩その他 (点滴 中心静脈栄養・IVH 透析 酸素療法 レスピレーター) 4. 訪問看護およびリハビリ (有 ・ 無) 有の場合は以下を記入してください 担当者 (看護師・ PT・ OT・ ST ・ 他) 頻度 (回/ 週) ケア内容： 5. その他 特記事項						

サービス等の利用 状況（自立支援）	<div>1. 福祉（自立支援）サービスの受給状況</div> <div>相談支援事業者名（<div></div>） 担当者名（<div></div>）</div> <div>サービス支援事業所名（<div></div>）</div> <div>サービス内容</div> <div>①短期入所（有・無）</div> <div>（第1利用施設名：<div></div>（頻度回/月日間/1回）</div> <div>（第2利用施設名：<div></div>（頻度回/月日間/1回）</div>							
----------------------	---	--	--	--	--	--	--	--

②居宅介護（有・無）

（利用頻度回/週）

（利用内容：入浴介助・身体介護・家事援助他：）

*重度訪問介護（有・無）

③生活介護・（日中の場）（有・無）

（第1利用事業所名：（利用頻度回/週）（第2利用事業所名：（利用頻度回/週）

④その他利用可能なサービス（周辺の社会資源、隣人や親戚の支援など）