

## 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

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 咳痰吸引 (回数 回/日) ③ 胃瘻 ④ 経管栄養 ⑤ 褥瘡ケア ⑥ 痛痛ケア 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）	<p>1. 福祉（自立支援）サービスの受給状況 相談支援事業者名（ ） 担当者名（ ）</p> <p>サービス支援事業所名（ ）</p> <p>サービス内容</p> <p>①短期入所（有・無） (第1利用施設名： (頻度 回/月 日間/1回) (第2利用施設名： (頻度 回/月 日間/1回)</p> <p>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： )</p> <p>*重度訪問介護（有・無）</p> <p>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)</p> <p>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）</p>								
	サービス等の利用状況（介護保険）	<p>1. 介護保険サービスの受給状況</p> <p>介護区分（ ） 認定年月（ ）</p> <p>居宅支援事業所名（ ）</p> <p>サービス内容</p> <p>①短期入所（有・無）（利用施設名： (頻度 回/月 日間/1回) ②居宅介護（有・無）（利用施設名： (頻度 回/週) (利用内容： 入浴介助・身体介護・家事援助 他 )</p> <p>③生活介護・（デイサービス）（有・無） (利用事業所名： (利用頻度) (利用頻度： )</p> <p>④その他 サービス</p>							
		生活歴 (教育・職歴 等)							
		家族等の状況	続柄	年齢	氏名	就労の有無	健康状態	同居・別居	介護者○
経済状況	<p>1. 生計中心者の氏名： 生活保護 有・無</p> <p>2. 本人の障害年金：有（ 級）・無</p> <p>3. その他：</p>								
その他 特記事項									