

所属

氏名

事例の概要（参考）

※簡条書きではなく、文章で書いて下さい。

- 1 タイトル
- 2 氏名（仮名）イニシャル
- 3 年齢（生年まで、月日不要）
- 4 住所（市町村まで）
- 5 障がい名
- 6 手帳の有無
- 7 障がい支援区分
- 8 家族構成（家族の特記）
- 9 現在受けているサービス
- 10 経過

相談受付票

番号

受付日	平成 年 月 日 ()	対応者氏名	
相談方法	来所・訪問()・電話・メール・その他()	相談時間	時 分 ~ 時 分
相談者	本人・家族(続柄:)・その他(機関・事業所名:)		

【基本情報】

本人氏名	ふりがな	男・女	生年月日	(昭・平)
			年 月 日	
住所	〒 -			持家・借家
	連絡先	(自宅) - -	(携帯) - -	
	(FAX) - -	(メール)		

相談者氏名		住所	〒 -
※本人以外の場合			
連絡先	(自宅) - -	(携帯) - -	
	(FAX) - -	(メール)	

【相談内容】

(相談内容別)	サービス利用支援・障害の理解・不安解消の支援・健康・医療の支援・保育・教育の支援・家族関係の支援 家計・経済の支援・生活技術の支援・就労の支援・余暇活動の支援・権利擁護の支援・その他

【障害に関する状況】

障害種別等	身体(肢体・視覚・聴覚・内部・その他())知的・精神・発達・その他()
	障害名又は疾患名等()
身体障害者手帳等級	なし・1級・2級・3級・4級・5級・6級 申請中
療育手帳等級	なし・A・B 申請中
精神障害者保健福祉手帳等級	なし・1級・2級・3級 申請中
障害支援区分	非該当 1・2・3・4・5・6 手続中
介護保険要介護度	非該当 支1・支2・3・4・5 手続中

【所見】

--

一次アセスメント票

受付番号	—	訪問者所属	
訪問年月日	平成 年 月 日	氏名	

訪問目的	
------	--

ふりがな 氏名		生年月日	昭・平 年 月 日 (歳)
------------	--	------	--------------------

現住所	〒 —
-----	-----

連絡先	自宅 — — 携帯 — —
-----	---------------

家族状況	続柄	氏名	年齢	職業・学校	同・別	特記事項	

ジェノグラム		主支援者 →主 副支援者 →副 本人 → <input type="checkbox"/> ◎ 男性 → <input type="checkbox"/> 女性 →○ 死亡者 →■●	居住環境	<input type="checkbox"/> 自宅(单身) <input checked="" type="checkbox"/> 自宅(家族と同居) <input type="checkbox"/> GH・CH <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()
--------	--	--	------	---

年月	生活歴	年月	病歴・障害歴
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	

【障害・年金等】

手帳	身体	知的	精神	障害年金	1級・2級・3級・その他()
等級	種級	A・B	1・2・3	特別障害者手当 特別児童扶養手当	有・無
障害名				生活保護	有・無
支援区分	非該当	1・2・3・4・5・6		介護保険	非該当 支1・支2・1・2・3・4・5

【自立支援給付、地域生活支援給付】

居宅介護	身体	時間	家事	時間	重度訪問	時間
通院等介助		時間	乗降	回	行動援護	時間
同行援護				時間	生活介護	日
就労支援	移行・A型・B型			日	生活訓練	日
短期入所	福祉型	日	医療型	日	共同生活援助	日
児童発達支援	福祉型	日	医療型	日	放課後児童デイ	日
移動支援		時間（身体介護有・無）			日中一時	日
その他						
利用者負担	市町村民税課税世帯(障害者 所得割 16万円未満 ・ 障害児 所得割 28万円未満) 市町村民非税課税世帯 ・ 生活保護					

【医療保険等】

医療保険：被保険者（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族） <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険
障害者医療等 <input type="checkbox"/> 自立支援医療（ <input type="checkbox"/> 更生 <input type="checkbox"/> 育成 <input type="checkbox"/> 精神通院） <input type="checkbox"/> 特別医療 <input type="checkbox"/> その他（ ）

【医療機関受診状況】

疾患名	受診機関	受診科目	主治医	頻度	服用状況
特記事項 (受診状況等)					

【関係機関連絡先】

機関名	担当者名	連絡先	
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX
		TEL	FAX

本人の要望・希望する暮らし

1 生活基盤に関する領域

項目	チェック内容			特記事項
	援助等の有無	実態	希望	
生活費	有 無			
住まい	有 無			
家財道具等	有 無			

2 日常生活に関する領域

(1) 日常生活動作

項目	チェック内容			特記事項
	援助等の有無	実態	希望	
寝返りする	有 無			
起き上がる	有 無			
衣服を着替える	有 無			
車いす、または床からベッド等 に乗り移る	有 無			
室内を移動する	有 無			
歯磨き	有 無			
食事を摂る	有 無			
排尿する	有 無			
排便する	有 無			
入浴する	有 無			

(2) 手段的日常生活動作

項目	チェック内容			特記事項
	援助等の有無	実態	希望	
調理をする	有 無			
食事の準備、後片づけをする	有 無			
掃除をする	有 無			
洗濯をする	有 無			
戸締まりをする	有 無			
火の始末をする	有 無			
電話又はFAXを利用する	有 無			
パソコンを利用する	有 無			
買い物をする	有 無			
交通機関を利用する	有 無			

3 社会生活に関する領域

(1) 社会生活力

項目	チェック内容			特記事項
	援助等の有無	実態	希望	
やりたいことや、やりたくないことを自分で決める	有 無			
身だしなみに気を付ける	有 無			
近所の人や友人等と良い関係を築く	有 無			
場所や場面に合った行動をとる	有 無			
予定や時間に合わせて行動する	有 無			
目的地に行き、帰る 近く（日常生活の活動範囲）	有 無			
目的地に行き、帰る 遠く（上記以外の範囲）	有 無			
お金のやり繰りをする	有 無			
大切な物を管理する	有 無			

契約や手続きをする	有 無			
緊急時に助けを求める	有 無			
子育てをする	有 無			

(2) 社会参加

項目	チェック内容			特記事項
	援助等の有無	実態	希望	
就労する	有 無			
就労以外の定期的な活動をする	有 無			
教育を受ける	有 無			
余暇を楽しむ	有 無			
地域の活動や役割を担う	有 無			

4 健康に関する領域

項目	チェック内容			特記事項
	援助等の有無	実態	希望	
体調に気を付ける	有 無			
栄養や量を考えた食事をする	有 無			
必要な時に通院する	有 無			
処方に沿って薬を飲む	有 無			
皮膚疾患や傷に、薬を付けるなどの処置をする	有 無			
吸引や吸入等の医療的な処置をする	有 無			

5 コミュニケーションに関する領域

項目	チェック内容			特記事項
	援助等の有無	実態	希望	
自分の気持ちを伝える	有 無			
自分の情報を伝える	有 無			

相手の説明を理解する	有 無			
相手の気持ちを理解する	有 無			
出来事や約束を記憶する	有 無			
文字を書く	有 無			
文字を読む	有 無			
声や音を聴く	有 無			

ケアマネジメント支援に関する希望について <input type="checkbox"/> サービス等の調整のすべて <input type="checkbox"/> サービス等の調整の一部 【特記事項】	セルフケアマネジメントを行うことに関する希望について <input type="checkbox"/> 自分自身でサービス等の調整を行う希望がある <input type="checkbox"/> 自分自身でサービス等の調整を行う希望はない 【特記事項】
---	--

家族の意向	【家屋の見取り図】 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> その他
-------	---

その他の情報

対応者所見（留意すべき点、初回の印象や面接時の様子、行動に関する特性等について）

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案

利用者氏名(児童氏名)		障害支援区分		相談支援事業者名			
障害福祉サービス受給者証番号		通所受給者証番号		計画作成担当者			
地域相談支援受給者証番号		モニタリング期間(開始年月)		利用者同意署名欄			
計画案作成日							
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)							
総合的な援助の方針							
長期目標							
短期目標							
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項
1							
2							
3							
4							
5							
6							

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名(児童氏名)	障害支援区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号		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	

計画開始年月	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
	6:00							
	8:00							
	10:00							
	12:00							
	14:00							
	16:00							課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

実習のまとめ(実習報告用)

所属 _____

氏名 _____

実習協力者の選定

1 どなたを実習協力者に選びましたか。

ア 勤務先の利用者 イ 他事業所の利用者 ウ 知人 オ その他(_____)

2 実習協力者をどのように選びましたか。

ア 自分で探した イ 紹介してもらった(具体的に: _____)

3 実習協力者を探すことは困難でしたか。

ア はい(具体的に: _____) イ いいえ

アセスメントの実施

1 アセスメントにかかった時間 約 _____ 時間 _____ 分

2 場所

ア 実習協力者宅 イ その他(_____)

3 アセスメントではどのようなことに気がつきましたか。

4 アセスメントではどのような点を学びましたか。

アセスメント表の作成

1 アセスメント表の作成時間 約 _____ 時間

2 まとめは難しかったですか。

ア はい(具体的に _____) イ いいえ

3 アセスメント表の作成を通じて学んだ点について記入してください。

課題分析について

1 利用者の状態や希望などを十分に把握することができましたか。 ア はい イ いいえ

2 把握しやすかった(しにくかった)項目は何ですか。(本人の希望のくらし、ADL、居住環境、家族状況など)

把握しやすかった項目: _____

把握しにくかった項目: _____

3 利用者のおかれている状態や希望などを把握するためには、どのような点に留意する必要があると考えますか。

サービス等利用計画の作成について

1 アセスメント内容に基づき、どのような点を考慮して計画を立てましたか。

2 作成は難しかったですか。

ア はい(具体的に: _____) イ いいえ