

南陽市地域生活支援拠点事業利用登録申請書兼登録台帳

作成日		事業所名	Tel. — —	台帳作成 担当者	
台帳修正日		相談担当者		台帳修正 担当者	

本人の状況

フリガナ 氏 名			生年 月日			連絡 先	自宅： 携帯：	
住 所	〒		性別	FAX		医療 証等	マル身 有・無 (一部負担金有・無) その他()	
			男・女	メール				
障がい又は 疾患名	(手帳種別： 等級：)		障害支援 区分	無し・申請中・区分()				
家族の 状況	続柄	氏名	年齢	職業	住所	連絡先	備 考	
	本人							
関係機関	名称		種別	連絡先	担当者	備 考		
福祉サ ービス 事業所								
医療 機関								
行政 機関								
権利擁 護関係								
不動産 関係								

裏面もご記入ください。

本人の状況 (特性、気になる点等)	(1)行動上の障害 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他害 <input type="checkbox"/> 支援への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険の認識が困難 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行動 <input type="checkbox"/> その他()		
	(2)生活面での支援 (1支援不要 2部分的な支援が必要 3全面的な支援が必要) ② 食事 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 排泄 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 生活リズム <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 保清 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 移動 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 コミュニケーション <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 金銭管理 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 服薬管理 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 対人関係 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 社会的適応を妨げる行動 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 その他支援特記事項 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		
	(3)精神・神経症状 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 遂行機能障害 <input type="checkbox"/> 社会的行動障害 <input type="checkbox"/> その他の認知機能障害 <input type="checkbox"/> 気分障害(抑うつ気分、軽躁/躁状態) <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他() 専門医の受診の有無 <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無		
	経済状況	生活保護の受給(有・無)	年金等(種類:)(級)・無
医療情報	(1)疾患 <input type="checkbox"/> 一般() <input type="checkbox"/> 精神疾患() <input type="checkbox"/> 難病() (2)処置内容 <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引処置(回数 回/日) (3)特別な対応 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度 等) (4)失禁への対応 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)		
緊急対応時等に留意する事項			

地域生活支援拠点事業利用登録にあたり、上記及び障がい支援区分認定に係る調査票・意見書について関係機関と共有することに同意します。

※登録にあたっては、受診状況(診断書・お薬手帳の写し等)も添付してください。

本人(保護者)同意年月日 年 月 日

本人(保護者)同意署名欄