**逗子市地域生活支援拠点等事業　ハイリスク者フェイスシート**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | |  | | | | | | 事業所名 | | | |  | | | | | | | | 記入者名 | | |  | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | |  | | | | | | | 年齢 | | 才 | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | 性別 | | |  | 所属  （職場・学校名等） | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | |
| 住　　所 | | ＦＡＸ番号 | | | |  | | | | | | | |
|  | | Ｅメールアドレス | | | |  | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏　　名 | | 続柄 | | | 生年月日 | | | 年齢 | | | | 職業 | | 同居・  別居 | | 保護者名  主な支援者 | | | |  | | | | 続柄 |  |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | 住所 | | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | 電話 | | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | | ※本人が家族あるいは保護者と別居の場合は連絡先を記入してください。  ※家族のいない人の場合は主な支援者の連絡先を記入してください。 | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | |  | |  | |
| 障　害　の　状　況 | 障害者  手帳  取得状況  □あり  □なし  □申請中 | | 種類 | 等級 | | | | 交付年月日と手帳番号 | | | | | | | 経済的状況 | 年　金 | | | | | □障害基礎年金　□障害厚生年金  □障害共済年金　□その他　□なし  年金額　　　　　　　　円/月 | | | | | |
| 身体 | 種　　　　級 | | | | 交付 | |  | | | | |
| 番号 | |  | | | | |
| 記載内容 |  | | | | | | | | | | | 手　当 | | | | | □特別障害者手当　□障害児福祉手当  □特別児童扶養手当　□児童扶養手当  □特別障害給付金　□その他 | | | | | |
| 知的 | □Ａ１　□Ａ２  □Ｂ１　□Ｂ２ | | | | 交付 | |  | | | | |
| 番号 | |  | | | | | 市民税課税 | | | | | □課税　□非課税　□生活保護 | | | | | |
| 精神 | ＿＿＿＿＿　級  番号（　　　　） | | | | 交付 | |  | | | | | 特記事項 | | | | |  | | | | | |
| 有効期限 | |  | | | | |
| 障害支援  区分 | |  | 認定期間 | | |  | | | | | | | | 権利擁護他 | 成年後見 | | | | | □後見　□保佐　□補助 | | | | | |
| 権利擁護 | | | | | □利用中 | | | | | |
| 障がい名 | |  | | | | | | | | | | | | 未成年後見 | | | | | □後見 | | | | | |
| その他 | | | | |  | | | | | |
| サービス | 障害福祉サービス等の利用状況 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保　険　・　医　療 | □介護保険 | | | | □認定未　□非該当　要支援（□１　□２）　要介護（□１　□２　□３　□４　□５） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □医療保険 | | | | □国保　□社保（　　　　）□生活保護 | | | | | | | | | | □福祉医療証 | | | | | | | | | | | |
| □自立支援医療 | | | | □更生医療　□育成医療　□精神通院医療 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □訪問看護 | | | | 事業所名 | | | | | | | | | | □デイケア | | | | | | 事業所名 | | | | | |
| □その他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬 | | | | 連用薬　□無　□有（□朝　□昼　□夕　□就寝） | | | | | | | | | | | | 与薬の仕方 | | | | | | | | | |
| 頓服薬　□無　□有 | | | | | | | | | | | |
| 服薬内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発作 | | | | □無　□有　　　最近の発作（　　　　年　　　月　　　日頃）  発作の形態（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用している医療機関 | | | | 医療機関名  所在地  主治医 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診断名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生  　　　　活  面 | 事前調査 | | | 入所時調査（or事前調査状況） | |
| 食事 | □自立　□一部介助　□全介助  □常食　□粥　□刻み　□超刻み　□ミキサー食  食事量（□少　□普通　□多）  介助用食器（□不要　□必要）  □箸　□スプーン　□フォーク　□（　　　　　） | | エプロンの使用（□不要　□必要）  形態（□小分け　□一口大　□（　　　　））  好き嫌い（□無　□有（　　　　　　　　））  体調不良時に食べられるもの（　　　　　　）  水分摂取の仕方（　　　　　　　　　　　　） | |
| 排泄 | □自立　□一部介助　□全介助  おむつの使用（□無　□有）  遺尿の有無（□無　□有）  夜尿の有無（□無　□有）  ふき取りの支援（□不要　□必要） | | 使用便器　（□和式　□洋式　□立式  　　　　　　□おむつ　□ポータブル）  排尿間隔　（　　　　時間くらい）  排便回数　（　　　日に　　　回くらい）  便秘対策　（□無　□有） | |
| 生理 | □自立　□一部介助　□全介助  生理中の変化（□無　□有） | | 周　期　　（　　　　日） | |
| 着脱 | □自立　□一部介助　□全介助 | |  | |
| 入浴 | □自立　□一部介助　□全介助 | | 体の洗い方（　　　　　　　　　　　　　　）  シャワーの使用（　　　　　　　　　　　　）  洗顔法（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 洗面 | 洗顔　　　（□自立　□一部介助　□全介助）  歯磨き　　（□自立　□一部介助　□全介助）  うがい　　（□可　□不可）  口をすすぐ（□可　□不可） | | 介助法（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 睡眠 | 寝具　　（□ベッド　□ふとん　□両方可）  夜間状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 夜間状況への対応 | |
| 歩行 | □独歩　□杖　□歩行器　□車いす  □その他の補助具  階段　（□可　□不可）  段差　（□可　□不可） | | 注意点 | |
| 集団参加  コミュニケーション | |  | | 表現　　　　　　（□無　□有）  サイン　　　　　（□無　□有）  集団参加　　　　（□好き　□嫌い）  簡単な言語理解　（□無　□有） | |
| 行動特徴 | |  | | | |
| 利用時の配慮事項 | |  | | | |
| 緊急時  受入先 | | 候補①  担当者名：  連絡先： | 候補②  担当者名：  連絡先： | | 候補③  担当者名：  連絡先： |
| 備　考 | |  | | | |