

【Aおもて】

釧路市障がい者地域生活支援拠点等事業に伴う事前登録シート A (登録者情報)

新規

更新

事前登録シート作成日	令和3年1月25日	作成相談支援事業所	相談支援事業所 KUSHIRO	作成相担当者	黒金 次郎
------------	-----------	-----------	-----------------	--------	-------

●登録者情報

ふりがな	くしろ たろう	生年月日	昭和40年1月1日	住所	釧路市黒金町7丁目5番地	登録番号※更新時	-
氏名	釧路 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(方書)	市営住宅 黒金Ⅱ 1-101	サービス受給者番号	3 0 0 0 0 0 1 2 3 4
電話	0154-31-4537	ファクス	0154-31-4537	携帯	010-1111-1111	E-mail	<a href="mailto:TARO946@docomo.ne.jp">TARO946@docomo.ne.jp</a>
住居	<input type="checkbox"/> 持家 <input checked="" type="checkbox"/> 借家	経済状況	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 苦しい <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護	世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 ・家族と同居 ( <input type="checkbox"/> 障がい者のみ世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族が疾病あり )		

●障がい状況等

手帳等	身体障害者手帳	( 1 種 1 級 )	障害名	第1第2腰椎脱臼 脊髄損傷による両下肢機能全廃(1級)			
	療育手帳	( <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B )		知的障害(中度)			
	精神障害者福祉手帳	( 級 ) 令和 年 月 日 まで	<input checked="" type="checkbox"/> 区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	令和4年1月31日 まで		
	自立支援医療	<input type="checkbox"/> 有 令和 年 月 日 まで	要介護度	<input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5	令和 年 月 日 まで		
その他	( )		重度医療	<input type="checkbox"/> 有			

●身体状況等

身体状況	自立度 ※	特記事項	身長/体重	170.0 cm	70.0 kg	種類	特記事項	既往歴	※治った病気で特記すべきもの 尿路感染症(令和1年10月治癒)				
	座位保持	×	血液型	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB	特別な医療等		<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養						
	歩行	×	健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪			<input type="checkbox"/> 透析						
	移動	△	車椅子使用	右上肢			<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			<input type="checkbox"/> ストマ			
	食事	○		左上肢			<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重			<input type="checkbox"/> 酸素療法			
	排尿	×	オムツ使用 自己導尿	右下肢			<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重			<input type="checkbox"/> 気管切開			
	排便	×	オムツ使用	左下肢			<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 重			<input type="checkbox"/> 経管栄養			
	薬の管理	△	週に1回程度服薬忘れ有り	痺			その他			<input checked="" type="checkbox"/> カテーテル	自己導尿	補装具・福祉用具	※現在、利用中のもの 車椅子
	金銭の管理	△	週に1回小遣いを手渡している							<input type="checkbox"/>			
	※○自立(できる) △一部介助(道具使用含む) ×全介助(できない)									<input type="checkbox"/>			

●疾病状況 ~ 現在治療中の疾病について記載してください

No.	疾病名	治療医療機関	診療科	主治医名	連絡先電話番号	服薬の有無	服薬 / 治療内容、その他特記事項
1	高血圧症	市立釧路総合病院	内科	明治Dr.	0154-01-1111	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アムロジピンOD錠5mg「トーワ」(夕) 平成15年より治療開始
2	アレルギー性鼻炎	黒金耳鼻科クリニック	耳鼻科	大正Dr.	0154-02-1234	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	ザイザル錠25mg(朝・夕) アラミスト点鼻薬(適宜)
3						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
4						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
5						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
6						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

【Aうら】

●親族等連絡先 ～ 親族やそれに準ずる親しい人、緊急対応後に連絡が必要な方などを記入してください

親族等情報	No.	氏名	続柄	同居・別居の別(居住地を記載)	年齢等	連絡の可否	連絡先電話番号	特記事項(連絡順・連絡内容等)
	1	釧路 花子	母	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( )	80代	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	020-2222-2222	狭心症の持病有り 耳が遠い
	2	音別 露子	母の姉	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居(東京都 )	80代	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	030-3333-3333	連絡は取れるが直ぐに来れないため事後報告で可
	3			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( )		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	4			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( )		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	5			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( )		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	6			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居( )		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		

●支援関係情報～利用している障がい福祉サービス、その他公的支援・社会資源等、居宅での本人の生活を支えているものについて記入してください

支援関係等	No.	種別	支援関係機関名	担当者	連絡先電話番号	支援状況等
	1	障害福祉サービス	生活介護事業所 しらぬか	恋問 一郎	0154-13-1111	生活介護を月～金通所、入浴(月・水・金)もしている。
	2	障害福祉サービス	短期入所事業所 あかん	湖畔 三郎	0154-14-1111	短期入所を月3～6日、母親のレスパイトの理由で利用。
	3	障害福祉サービス	障がい者支援施設 おんべつ	霧里 四朗	0154-15-1111	今回の登録にあたり、2回ほど利用済。
	4	地域生活支援事業	生活介護事業所 つるい	温根内 次郎	0154-16-1111	移動支援を月に4時間程度利用し、絵画サークルに参加している。
	5	生活福祉事務所	釧路市生活福祉事務所第1担当	大川 五郎	0154-17-1111	定期的な訪問による生活状況等の確認。
	6	町内会	黒金町内会	文苑 さくら	0154-19-1111	生活上で困った時の母親の相談相手。(町内会長)
	7	友人・知人		川端 六郎	030-1111-1111	本人の友人。週1回程度、一緒に買い物に行ってくれる。
	8					
	9					
10						

●課題等

①現状の問題点(事前登録に至った経緯・困りごと)	②本人が目指す安全・安心な地域生活	③担当者所見
母が体調不良で入院した時に、一人で食事の準備や入浴・トイレに行くことができない。 母の入院時にはヘルパーを利用したいが、急に入院したときは、ヘルパーをお願いしても調整がつかないため、自宅で一人で生活することができない。	母が急に入院した時には、短期入所を利用したい。自分も高齢になり母を頼ること(トイレ介助など)が多くなったが、母にも持病があり、自分の介助が身体的な負担となっている。今後、高齢の母に面倒を見てもらいながら一緒に暮らしていくことは難しくなっていくと思うので、まずはヘルパーを利用したい。今後は、母の負担を減らしながら、自立した生活を目指したい。	①ヘルパー利用については早急に調整する。 ②自立した生活を実現するためのステップとして、本人の意向を確認しながら、グループホーム(日中サービス支援型)の体験利用を提案する。 ③母の生活についても心配しているようなので、母の生活の困り事は地域包括支援センター相談するように伝える。

【B】 釧路市障がい者地域生活支援拠点等事業に伴う事前登録シート B (緊急時支援計画)  新規  更新

事前登録シート作成日	令和3年1月25日	作成相談支援事業所	相談支援事業所 KUSHIRO	作成相担当者	黒金 次郎
------------	-----------	-----------	-----------------	--------	-------


●登録者情報


ふりがな	くしろ たろう	生年月日	昭和40年1月1日	住所	釧路市黒金町7丁目5番地	登録番号※更新時	-
氏名	釧路 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(方書)	市営住宅 黒金Ⅱ 1-101	サービス受給者番号	3 0 0 0 0 0 1 2 3 4
電話	0154-31-4537	ファクス	0154-31-4537	携帯	010-1111-1111	E-mail	<a href="mailto:TARO946@docomo.ne.jp">TARO946@docomo.ne.jp</a>

●緊急時支援計画

受け入れ先	想定される緊急事態	本人が緊急時に行うこと	緊急時の連絡先	緊急時対応時の留意事項	緊急時の受け入れ	
					受け入れ先	受け入れ時に行うこと
1	お母さんが急に入院した	れいわへ電話し、お母さんが入院したことを伝える	事業所名 地域定着支援事業所 れいわ	必要に応じて定着がタクシーの手配を行う	事業所名 短期入所事業所 あかん	短期入所の利用
			電話番号 030-1234-5678 0154-30-1111		担当者 湖畔 三郎	
2	お母さんが急に入院した	れいわへ電話し、お母さんが入院したことを伝える	事業所名 地域定着支援事業所 れいわ	おんべつが自宅に迎えに行く	事業所名 障がい者支援施設 おんべつ	短期入所の利用 (定員超過利用可) ※自宅へ迎えに行く
			電話番号 030-1234-5678 0154-30-1111		担当者 霧里 四朗	
3			事業所名		事業所名	
			電話番号		担当者	

【確認欄】

コ-ディネ-タ-  
令和3年1月30日  
担当者印  


上記の緊急時支援計画について確認しました	地域定着	受け入れ先1	受け入れ先2	受け入れ先3
	令和3年2月1日 担当者印 	令和3年2月5日 担当者印 	令和3年2月1日 担当者印 	年月日 担当者印

上記の緊急時支援計画について同意します	登録者
	令和3年2月3日 