

千葉県相談支援従事者専門コース別研修事前課題

| | |
|----------|--|
| 整理番号 | |
| 受講者氏名 | |
| 所属（事業所名） | |

【提出書類】

- 1 千葉県相談支援従事者専門コース別研修事前課題 表紙（本紙）
- 2 相談受付票
- 3 一次アセスメント票（障害児版）
- 4 障害児支援利用計画書（1）
- 5 障害児支援利用計画書（2）
- 6 週間ケア計画

【注意事項】

御本人・御家族の氏名、住所、電話番号など個人情報に関わるものは記載しないでください（仮名等により記入願います）。

研修課題の事例として使用することについては、御本人からの承諾を得るようにしてください。

【提出方法】【重要】

上記【提出書類】を、1～6の順番で各書類下部の余白にページ番号を付番(※)の上、ホチキス留めしたものを8部用意し、研修2日目に持参してください。

※ページ番号は、グループワークで事例を発表する際に、他のメンバーの人たちが書類の確認を円滑にできるようにするためのものです。

相 談 受 付 票

相談日 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|--|----|--|--|-------|----------|------|
| 受付 No. 氏 名 | | 相談方法 (外来、電話、文書、ファクシミリ、訪問) 経由機関 (担当者) | | | | |
| 性 別 (男・女) 生年月日 (才) 障害種別 種 級 障害名: 障害者手帳 身障手帳 (種 級) 療育手帳 () 精神保健福祉手帳 (級) 現住所 電 話 FAX | | | | | | |
| 相談者氏名 TEL FAX | | | その他の連絡先 氏名 (本人との関係) 住 所 TEL FAX | | | |
| 家 族 | 続柄 | 氏 名 | 年齢 | 職業・学校 | 同居 別居 | 特記事項 |
| | 本人 | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 相談内容 | | | [家族構成] | | | |
| 現在受けているサービス | | | | | | |
| 対応者所見・その他の情報 | | | 対応状況 | | | |

対応職員 _____

受付NO.:

一次アセスメント票(障害児版)

| | | |
|--------|--------|-----------------|
| 氏名: | 面接年月日: | 面接目的(事前に具体的に記入) |
| 面接者所属: | 氏名: | |

| | | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| 本人の概要 | 成育歴 療育・教育歴 | | | | |
| | 病歴・ 障害歴 | 年 月 | 事項 | 年 月 | 事項 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | 療育手帳 有・無 | 身体障害者手帳 有・無 | 種 級 | 精神保健福祉手帳 有・無 | 級 |
| | 市町村窓口 | 児童相談所窓口 | | | |
| | 在籍(卒業)学校 | | | | |
| | 障害支援区分 | <input type="checkbox"/> 小児区分1 <input type="checkbox"/> 小児区分2 <input type="checkbox"/> 小児区分3 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 医療型 <input type="checkbox"/> 療養介護型 | | | |
| | 福祉サービス利用状況 | | | | |
| | 医療機関利用状況[現在の受診状況、受診科目、頻度、主治医、疾患名] | | | | |
| | 医療保険等 | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 | <input type="checkbox"/> 社会保険 | <input type="checkbox"/> 損害保険 | <input type="checkbox"/> 生活保護 |
| | 障害者医療 | <input type="checkbox"/> 更生医療 | <input type="checkbox"/> 育成医療 | <input type="checkbox"/> 心身障害児者医療費助成 | |
| | <input type="checkbox"/> 精神通院医療 | <input type="checkbox"/> 乳幼児医療 | <input type="checkbox"/> 難病医療費助成 | <input type="checkbox"/> 小児慢性疾患費助成 | <input type="checkbox"/> 受診券 |
| | 年金・手当 | <input type="checkbox"/> 障害基礎年金(級) | <input type="checkbox"/> 国民年金 | <input type="checkbox"/> 障害厚生年金(級) | |
| <input type="checkbox"/> 児童手当 | <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 | <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 | <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当(級) | | |
| 現在使用している福祉用具 | | | | | |

○本人の生活状況(普通の1日の流れ)

○家族の生活状況 ★キーパーソン()

○本人の要望・希望する暮らし

○家族の要望・希望する暮らし

| 利用児者の状況 | | | | | | |
|-----------|-----------------|--------|----|----|--|------------|
| | 項目 | チェック内容 | | | 現状・配慮が必要なこと | |
| | | 実態 | 希望 | | | 援助 要・不要 |
| | | | 本人 | 家族 | | |
| 生活 | 経済状況 | | | | | |
| | 住環境 | | | | | |
| 健康 | 服薬管理 | | | | 服薬内容 () | |
| | 医療的ケア | | | | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有(<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素) | |
| | 食事摂取 | | | | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 1口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 流動 | |
| | 水分摂取 | | | | <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> とろみ | |
| | アレルギー | | | | | |
| | てんかん発作 | | | | | |
| | 睡眠 | | | | | |
| 発達 | 身体発達 | | | | 身長 cm 体重 kg <input type="checkbox"/> 首のすわり <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 支えて座位 <input type="checkbox"/> 膝立ち <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 独り立ち | |
| | 知的発達 | | | | | |
| | ことば | | | | | |
| 日常生活 | 着脱(上衣) (ズボン) | | | | | |
| | 排泄(排尿) (排便) | | | | | |
| | 移動(屋内) (屋外) | | | | | |
| | 入浴 | | | | | |
| コミュニケーション | 意思表示 | | | | | |
| | 意思伝達 | | | | | |
| | 理解 | | | | | |
| | 対人関係 | | | | | |
| | 行動障害 | | | | | |
| 好き嫌い | 好きなこと | | | | | |
| | 嫌いなこと | | | | | |
| 関係機関からの情報 | | | | | | |
| 担当者所見 | | | | | | |

(番号)

障害児支援利用計画書(1)

| | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 初回 | <input type="checkbox"/> | 継続 |
|--------------------------|----|--------------------------|----|

| | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | 未申請 | <input type="checkbox"/> | 決定済 |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|

利用者名： _____ 性別 _____ 生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳 住所 _____

指定相談支援事業者名・所在地及び計画作成者 _____ 印 _____

初回サービス利用計画作成日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 サービス利用計画変更日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

受給者証の有無、有効期間及び番号：

| | | | | | |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 有 | 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | NO. _____ | <input type="checkbox"/> | 無 |
|--------------------------|---|----------------------------|-----------|--------------------------|---|

 上限額： _____ 円

| 障害支援区分 | 非該当 | 小児1 | 小児2 | 小児3 | 重心 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--------|-----|-----|-----|-----|----|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | |

| | |
|-------------|--|
| 利用者および家族の希望 | |
|-------------|--|

| | |
|--------------|--|
| 相談支援専門員の支援方針 | |
|--------------|--|

| | |
|------|--|
| 長期目標 | |
|------|--|

| | |
|------|--|
| 短期目標 | |
|------|--|

(番号:)

障害児支援利用計画書(2)

| ニーズの優先順位 | 生活全般の解決すべき課題 (ニーズ) | 援助目標 (目標を達成すべき時期を明記する 必要のあるものは時期を記入) | 援助内容 (提供期間を明記する必要があるものは「頻度」欄に記入) | | | 費用 (円/月) | | | | |
|-------------------------|--------------------|--|----------------------------------|------------------|----|---|---------|----|-------|---|
| | | | サービス内容 | サービス種別 (事業者等) | 頻度 | サービス費用 (全額) | | | 自己負担 | |
| | | | | | | 単位 | 回数 | 合計 | | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | 0 | 0 | |
| サービス利用計画 (モニタリング) の有効期限 | | | 令和 | 年 | 月 | 日まで | サービス費合計 | 0 | 自己負担額 | 0 |
| 備 考 | | | | | | 本人または代理人の同意 | | | | |
| ※週間ケア計画を必要に応じて添付 | | | | | | 日 付 令和 年 月 日 | | | | |
| | | | | | | 署 名 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 | | | | |

週間ケア計画

(受付No. 氏名

令和 年 月 日作成

| | 早朝 | 午前 | 午後 | 夜間 | 摘要 |
|----|----|----|----|----|----|
| 月 | | | | | |
| 火 | | | | | |
| 水 | | | | | |
| 木 | | | | | |
| 金 | | | | | |
| 土 | | | | | |
| 日 | | | | | |
| 摘要 | | | | | |

作成者所属・氏名:

週間ケア計画

受付 No.1 氏名 A・Y

令和4年5月15日作成

| | 早朝 | 午前 | 午後 | 夜間 | 摘要 |
|----|--|--------------------|----|-------------|----|
| 月 | | 9 ← ○×事業所 自立訓練 → 5 | | 6 ← ヘルパ → 7 | |
| 火 | | 9 ← ○×事業所 自立訓練 → 5 | | | |
| 水 | | 9 ← ○×事業所 自立訓練 → 5 | | 6 ← ヘルパ → 7 | |
| 木 | | 9 ← ○×事業所 自立訓練 → 5 | | | |
| 金 | | 9 ← ○×事業所 自立訓練 → 5 | | 6 ← ヘルパ → 7 | |
| 土 | | | | | |
| 日 | | | | | |
| 摘要 | ・○×事業所 自立訓練(生活訓練)(担当:I氏) Tel: - - ・○△事業所(担当:S氏) Tel: - - ・地域福祉権利擁護事業 Tel: - - ・地域生活支援センター(担当:千葉) Tel: - - | | | | |

作成者氏名・所属: 千葉太郎・地域生活支援センター