障害者支援施設入所調整検討票

援護の実施主体（　　市・町）
作成日　　年　　月　　日
担当者名

<table>
<tr><td>ふりがな
対象者　氏　名</td><td>（　男　・　女　）
昭和・平成・令和　　年　　日　　日生　（　　歳）</td></tr>
<tr><td>住所
（入院や入所中の場合）</td><td>（施設名、施設住所：　　）</td></tr>
<tr><td>身障手帳</td><td>障害名：
等級：　　級　　交付年月日：
再交付年月：</td></tr>
<tr><td>療育手帳</td><td>無・　有　（程度　　）　重心認定の有無（　有　・　無　）</td></tr>
<tr><td>精神手帳</td><td>無・　有　（　　級　　障害名；　　）取得年月　（　　）</td></tr>
<tr><td>支援区分</td><td>判定区分：　　審査会審査年月日：　　認定有効期間：
<table>
<tr><td>非該当</td><td>区分１</td><td>区分２</td><td>区分３</td><td>区分４</td><td>区分５</td><td>区分６</td></tr>
<tr><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td><td>%</td></tr>
</table>
市町村審査会資料（医師意見書・調査員調査書等）障害・生活状況がわかる資料を添付すること</td></tr>
<tr><td>施設入所を希望する　理由・目的
（緊急性の有無）</td><td></td></tr>
<tr><td>入所希望　施設</td><td>第1希望（　　）　第2希望（　　）　第3希望（　　）　第4希望（　　）　第5希望（　　）
※　1．るりこう園　2．清湖園　3．湖北タウンホーム　4．ふるさと　5．湖南ホームタウン
当該施設を希望する理由：</td></tr>
<tr><td>医療状況</td><td>１．障害の原因となった疾病・外傷
傷病名：

２．発症・外傷発生年月日：　　（先天性、　疾病、　外傷、　他　）
３．医療状況
・かかりつけ医療機関名：

・医療ケア有無（　有　・無　）有の場合は該当するケアに〇をしてください
① 気管切開　② 喀痰吸引　（回数　　回/日）　③ 胃瘻　④ 経管栄養　⑤ 褥瘡ケア
⑥ 疼痛ケア　⑦ ストマケア　⑧ 導尿　⑨ 体位交換（１日に６回以上）
⑩その他　（点滴　中心静脈栄養・IVH　透析　酸素療法　レスピレーター　　）

４．訪問看護およびリハビリ　（　有　・　無　）有の場合は以下を記入してください
担当者（　看護師・　PT・　OT・　ST　・　他　）　頻度（　　回/　週　　）
ケア内容：
５．その他　特記事項</td></tr>
</table>

サービス等の利用状況（自立支援）	**１．福祉（自立支援）サービスの受給状況** サービス支援事業所名（　　） サービス内容 ①短期入所（　有　・　無　） （第１利用施設名：　　（頻度　　回/月　　日間/１回　） （第２利用施設名：　　（頻度　　回/月　　日間/１回　） ②居宅介護（　有　・　無　） （利用頻度　　回/週　） （利用内容：　入浴介助・　身体介護　・　家事援助　　他:　　） ＊重度訪問介護（　有　・　無　） ③生活介護・（日中の場）（　有　・　無　） （第１利用事業所名：　　）（利用頻度　　回/週） （第２利用事業所名：　　）（利用頻度　　回/週） ④その他　利用可能なサービス（周辺の社会資源、隣人や親戚の支援など）
サービス等の利用状況（介護保険）	**1、介護保険サービスの受給状況** 介護区分（　　）　認定年月（　　） 居宅支援事業所名（　　） サービス内容 ①短期入所（　有　・　無　）（利用施設名：　　） （頻度　　回/月　　日間/１回　） ②居宅介護（　有　・　無　）（利用施設名：　　） （頻度　　回/週　） （利用内容：　入浴介助・　身体介護　・　家事援助　　他　　） ③生活介護・（デイサービス）（　有　・　無　） （利用事業所名：　　） （利用頻度：　　） ④その他　サービス
生活歴 （教育・職歴 等）	

家族等の状況

続 柄	年齢	氏名	就労の有無	健康状態	同居・別居	介護者○

経済状況	1．生計中心者の氏名： 生活保護　有　・　無 2．本人の障害年金：有（　　級）　・　無 3．その他：
その他　特記事項	