わたしのしょうかい（障⇔介）シート

私の基本情報①

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 作成日 | | 年　　月　　日 | |
| ふりがな |  | | | | 相談支援専門員 （事業所名） | | |  | | |
| 氏名 |  | | | |
| 介護支援専門員 （事業所名） | | |  | | |
| 性別 |  | | | |
| 生年月日 |  | | | | 年齢 | | |  | | |
| 現住所 |  | | | | 住民票 | | |  | | |
| TEL/FAX |  | | | | 携帯 | | |  | | |
| 家族  構成 |  | 氏名 | 年齢 | 職業 | | | 同居/別居 | | 備考 | |
|  |  |  |  | | | □同/□別 | |  | |
|  |  |  |  | | | □同/□別 | |  | |
|  |  |  |  | | | □同/□別 | |  | |
|  |  |  |  | | | □同/□別 | |  | |
| 連絡先 | 家族/知人） | | | | 私の家族 | | | | | |
| 氏名） | | | |  | | | | | |
| 関係性） | | | |
| TEL/FAX） | | | |
| 家族/知人） | | | |
| 氏名） | | | |
| 関係性） | | | |
| TEL/FAX） | | | |
| 備考 | －1－ | | | | | | | | | |

私の基本情報②

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害名 |  | | | 既往 | | |  | | |
| 手帳等 | □身体障害者手帳　（　　　　級） □療育手帳　　　　（　　　　　） □精神障害者手帳　（　　　　級） | | | | □自立支援医療（更生・精神通院） □その他（　　　　　　　　　　　）  健康保険： | | | | |
|
|
| 障害支援区分 | | |  | 要介護度(申請日) | | | |  | |
| 経済状況 |  | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | |
|
| 私が受けている公的支援（障害福祉サービス、介護保険等その他の支援） | | | | | | | | | |
| 名称 | | 提供機関・提供者 | | | | 支援内容 | | | 頻度 |
|  | |  | | | |  | | |  |
| 備考 |  | | | | | | | | |
| 名称 | | 提供機関・提供者 | | | | 支援内容 | | | 頻度 |
|  | |  | | | |  | | |  |
| 備考 |  | | | | | | | | |
| 名称 | | 提供機関・提供者 | | | | 支援内容 | | | 頻度 |
|  | |  | | | |  | | |  |
| 備考 |  | | | | | | | | |
| 名称 | | 提供機関・提供者 | | | | 支援内容 | | | 頻度 |
|  | |  | | | |  | | |  |
| 備考 |  | | | | | | | | |
| 名称 | | 提供機関・提供者 | | | | 支援内容 | | | 頻度 |
|  | |  | | | |  | | |  |

－2－

私の1週間

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 週単位以外のサービス |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使っているサービス | 介護保険で使えるサービス | 私の気持ち（利用サービスに関して） |
|  |  |  |
| 介護保険ではなさそうなサービス |
| －3－ |

私の「これまであった主なできごと」（生活歴）

|  |  |
| --- | --- |
| 年月日（年齢） | できごと |
|  |  |
| コメント  －4－ | |

私のまわりのこと（エコマップ）

|  |
| --- |
| －5－ |

私のできること

|  |
| --- |
| 私の望むこと・ストレングス　　　　　　　　　　　　　　私の嫌なこと（苦手なこと）  【　　　　　　　】      【　　　　　　　】    【　　　　　　　】      －6－  【　　　　　　　】  【　　　　　　　】 |

私の生きづらさ　　　　　　　　　　　　　　　必要な支援

|  |
| --- |
|  |

－7－

私の想い

【私がしたいこと】

【その他に想うこと】

【私の願い】

コメント

私の姿

【私がしてほしいこと】

－8－

－8－