

# 地域移行支援フェースシート

記入日( 年 月 日)

ふりがな					記入者:	
氏名						
生年月日	S・H	年	月	日	年齢	歳
住所地	市・町・村			入所・入院先		
世帯員等情報	続柄	氏名(○:キーパーソン)	健康状態	連絡先(可・否)	関係性	
精神障がい者保健福祉手帳	級 ・ 申請中 ・ なし					
療育手帳	A ・ B1 ・ B2 ・ なし					
身体障がい者手帳	級 ・ 申請中 ・ なし (視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他( ))					
難病疾病名	疾病名		医療証の有無: 有 ・ 無			
自立支援医療	無 ・ 有 ( 有効期間 年 月 日 )					
障害年金	無 (理由: 要件なし ・ 非該当 ・ その他 ) 有 級 ( 月額 円 )					
生活保護の受給	無 ・ 有 ( 市・町・村 ) (担当CW: )					
援護実施自治体(障がい福祉)	担当者:					
担当医師			診断名			
担当看護師			担当PSW			
直近入院歴	年	月	日~	入院回数		
病歴・既往歴 (内科的処置、外科的処置の有無等)						
学歴・職歴						
成年後見人の有無	無 ・ 有 (後見人: )					
日常生活自立支援事業	無 ・ 有 (担当者: )					
障がい者支援区分認定	無 ・ 有 (区分 有効期間 年 月 日 )					
介護保険認定	無 ・ 有 (要支援 要介護 有効期間 年 月 日)					
計画相談	無 ・ 有 (事業所: 担当者: )					

アセスメントチェックシート

記入日( 年 月 日 ) 記載者( )

(1)生活基盤-I

①収入  
 障害年金       生活保護       傷病手当       親族からの援助  
 なし               その他 ( )

②支出(未納含)  
 ローン  借入金  家賃料       医療費       公共料金  
 その他( )

③金銭管理  
 自己管理       家族の管理       病院の管理       成年後見制度利用  
 日常生活自立支援事業利用

※管理状況 ( 回 / 日 週 月 随時 円ずつ)

④資産等  
 預貯金      貯金額 ( )  その他( )

<特記事項>

(1)生活基盤-II

①住居の有無  
 あり       なし →以下略

②住宅形態  
 持ち家 →  一戸建       集合住宅  
 賃貸 →  一戸建       集合住宅

③居住  
 可能       不可 (理由: )

④同居者の有無  
 あり       なし  
 ※同居者 ( )

<特記事項>

(2)家族

①家族の健康状態  
 介護者の有無       ある (心身状況: )  
 なし  
 その他( )

②退院について家族の希望  
 同居       別居  
 退院してほしくない 理由 ( )

③家族以外で関わりの深い人(頼りになる人)  
 ( )

<特記事項>

(3)社会生活

①洗濯  
 自分でできる       声かけや一部支援が必要       自分では難しい  
 その他( )

②掃除 整理整頓  
 自分でできる       声かけや一部支援が必要       自分では難しい  
 その他( )

③調理  
 自分でできる       声かけや一部支援が必要       自分では難しい  
 その他( )

④入浴  
 自分でできる       声かけや一部支援が必要       自分では難しい  
 その他( )

⑤排泄  
 自分でできる       声かけや一部支援が必要       自分では難しい  
 その他( )

⑥書類等の管理・手続き  
 自分でできる       声かけや一部支援が必要       自分では難しい  
 その他( )

⑦交通機関の利用  
 自分でできる       声かけや一部支援が必要       自分では難しい  
 その他( )

⑧言語表現・意思疎通の程度  
 できる       おおむねできる  
 支援が必要 (理由 )  
 その他( )

⑨趣味・特技  
 ( )

⑩性格  
 内向的である       社会的である       その他( )

<特記事項>

### 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することを同意します。

記

- 使用する目的  
地域移行支援の実施にあたり、障がい福祉サービス等を円滑に実施するために他機関への情報提供や連携が必要な場合。
- 使用にあたっての条件  
個人情報の提供は、上記1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- 個人情報の内容
  - 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が相談支援を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報。
  - 認定調査票、主治医意見書、障がい支援区分認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
  - その他の情報
 ※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

平成 年 月 日

ご本人 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印

(代筆者) \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

(家族代表/代理人) (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印 続柄 ( )

(家族代表/代理人) (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印 続柄 ( )

(家族代表/代理人) (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 印 続柄 ( )

#### (4)健康管理

①服薬状況  自己管理できる  服薬状況 ( )  
 自己管理できない  
備考 ( )

②病識の有無  あり  なし  
備考 ( )

③栄養指導等の必要性  あり ( )  
 なし  
備考 ( )

④食生活について  過食  拒食  治療食 ( )  
 過飲水  
備考 ( )

⑤睡眠について 不眠傾向 (  あり  なし )  
備考

⑥体調悪化時の対応について  自己でできる  できない

⑥趣味・嗜好  タバコ ( 本/日 )  アルコール  ギャンブル  
 その他

<特記事項>

#### (5)入所・入院が長期化している理由

退院意欲が乏しい  
 現実認識が乏しい  
 退院による環境変化への不安が強い  
 家事ができない  
 家族が高齢の為に看れない。  
 援助者との対人関係がもてない  
 家族がいない、または本人をサポートする協力者がいない  
 家族から退院に反対がある  
 退院する住居がない  
 その他 ( )

<特記事項>