

計画相談関連様式（オリジナル 障害者）

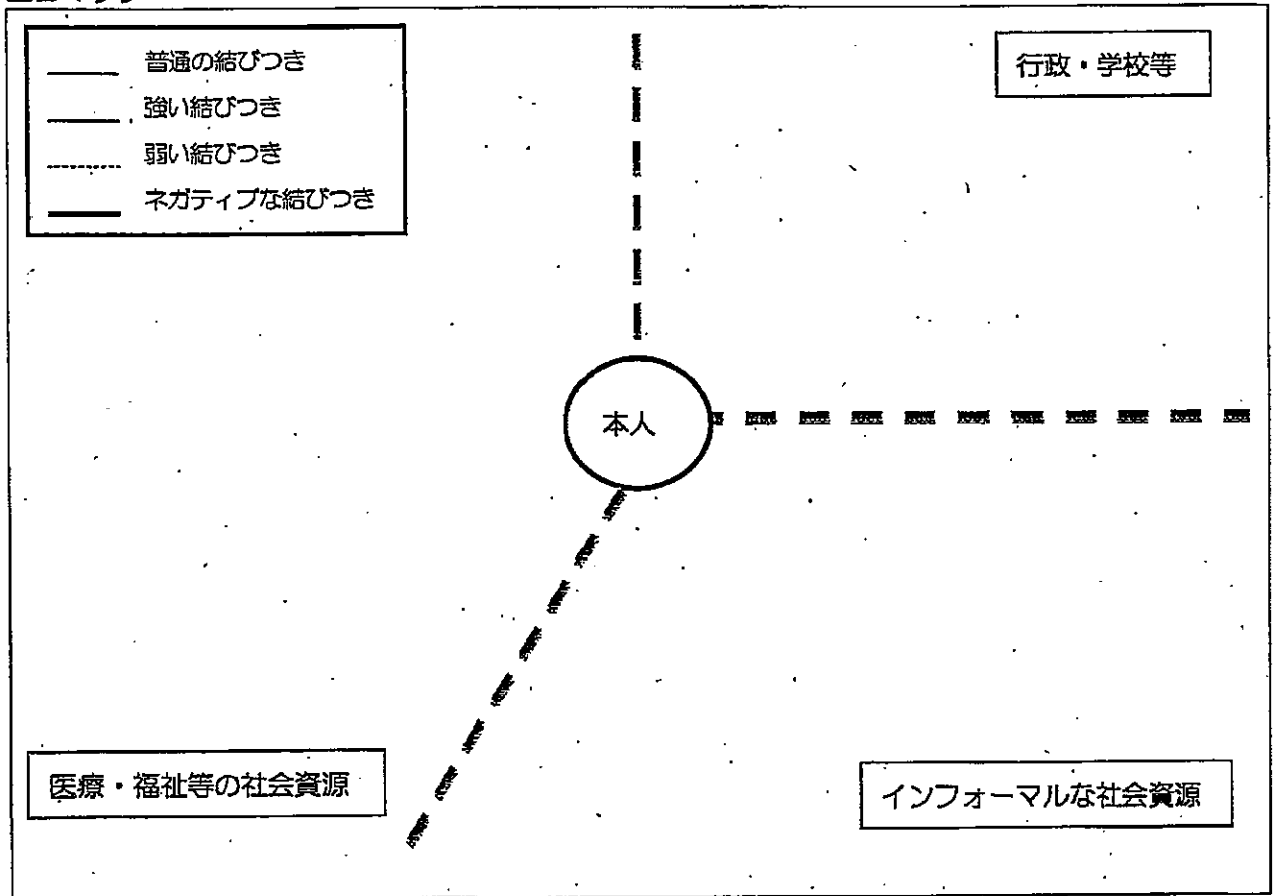
インタビューシート

		相談日	年 月 日			
受付 No.		相談方法 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> その他()				
ふりがな 氏 名			経由機関 受付担当者			
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	手 帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
生年月日	西暦 年 月 日 (才)	種類・等級				
現住所	〒	障害名				
TEL						
FAX						
相談者氏名		その他の連絡先	氏 名			
本人との関係			関 係			
住 所			住 所			
TEL			TEL			
FAX			FAX			
家 族	続柄	氏 名	年齢	職業・学校	同居 別居	特記事項
					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
相談内容【 新規・継続 】				【家族構成】 年齢・主介護者等記入、同居者は一線で表示		
* 新規の場合は相談内容を記入。						
現在受けているサービス【障害程度区分：】						
対応者所見・その他の情報			対応状況			
			<input type="checkbox"/> 情報提供のみ <input type="checkbox"/> 他機関紹介 <input type="checkbox"/> 計画作成			
			訪問対応予定 年 / () 再来所予定 年 / ()			

生活歴（就学前に受けた支援・どのような学校で学んだか等を含む）

Blank area for recording life history.

エコマップ



その他、成年後見制度の利用等

Blank area for recording other information, such as the use of the adult guardianship system.

コミュニケーションスキルに関する領域

Empty box for communication skills assessment.

意思の伝達 意思表示の手段 他者からの意思伝達の理解 情報伝達の工夫、方法
緊急時の連絡手段・方法 (電話・緊急通報機器等)

日常生活に関する領域(身体介助の必要性とその内容)①

Empty box for daily life assessment ①.

寝返り・体位変換 起き上がり・横になる行為 座位保持 車いす等への移乗 屋内移動

日常生活に関わる領域(身体介助の必要性とその内容)②

Empty box for daily life assessment ②.

起床・就寝(声掛け・習慣) 衣服の着脱(着・ズボン等) 食事 排泄行為 入浴 整容

日常生活に関わる領域(家事援助の必要性とその内容)

Empty box for daily life assessment (household assistance).

調理(食事準備・後片付け等) 洗濯(洗濯・干す・片づけ) 掃除 衣類の補修 整理整頓(衣類・日用品・書類等) 金銭管理(収入
支出・保管) 代筆・電話の仲立ち等 育児

日常生活に関わる領域(外出介助の必要性とその内容)

Empty box for daily life assessment (outdoor assistance).

屋外移動 安全確認 買い物

基本属性シート2

健康に関する領域

医療処置(通院、診察・処理) 服薬管理	医師の診察結果の説明等(理解への工夫) 処方薬の内容	健康管理(病気の訴え・病気への留意・栄養管理)

行動障害に関する領域

自傷行為	他人や物に対する粗暴な行為	強いこだわり・多動・パニック等不安定な行動

社会生活や社会参加に関する領域

社会や集団生活への適応等(人間関係・環境等)	余暇活動や地域活動等への参加(趣味・旅行、社会的活動)	当事者活動参加

就労に関する領域

就労への動機づけ(就労の意義、就労意欲)	仕事内容の理解・技術習得	就労のための送迎・移動

基本属性シート3

家族支援に関する領域

家族（情報・介護負担・家族関係・社会参加）

生活基盤に関する領域

経済環境
住環境（必要な場合は見取り図等を記入）

その他（記入者が特に気づいたこと）

--

プロセスシート

利用者氏名：

作成者氏名：

No.

日時： 年 月 日 : ~ :	場所：
参加者：	
議題	
内容	
備考	
次回会議予定日： 年 月 日	

作成者氏名：

No.

日時： 年 月 日 : ~ :	場所：
参加者：	
議題	
内容	
備考	
次回会議予定日： 年 月 日	

指定特定の相談支援専門員による本人中心アセスメントシート

氏名：

相談支援専門員：

	本人の希望・目標 (①暮らしの場、 ②日中活動、③余暇・遊び等) を どうとらえていますか	みんなが期待する本人の目標	本人のストレングス・よいところを どうとらえていますか	本人の苦手・弱点を どうとらえていますか	聞き 取り 日付
本人		/			
家族A					
家族B					
支援メンバー (日中活動)					
支援メンバー (暮らし等)					
支援メンバー (カイハル 等)					
友人・その他					

本人中心支援計画案（サービス等利用計画案）

氏名：	日時： 年 月 日 会議参加者：			
	大きな希望・目標	それに向かって 1年 (半年)位の具体的な 実行計画(一定の実行 期間を提示)	それぞれの役割	
			本人	(家族)
			(支援A)	(支援B)
			(行政・その他 由に追加可能)	
暮らしの場	ここで・誰と・ どんな暮らしが したいのか			
日中活動（仕事なら）	平日の日中は ここで・どんな 仕事（勉強）が したいのか			
余暇・楽しみ・活動	休日や仕事のあ とここで・誰 と・どんなこと がしたいのか			
本人署名：	事業所名・相談支援専門員： 基幹型相談支援員：			
	次回見直し予定日： 年 月 日			

現在のサービス利用状況と一般的生活状況シート【現在の生活】

氏名： _____

年 _____ 月 _____ 日 現在

	月		火		水		木		金		土		日	
	現在の生活	現在のサービス	現在の生活	現在のサービス	現在の生活	現在のサービス	現在の生活	現在のサービス	現在の生活	現在のサービス	現在の生活	現在のサービス	現在の生活	現在のサービス
4:00														
6:00														
8:00														
10:00														
12:00														
14:00														
16:00														
18:00														
20:00														
22:00														
0:00														
2:00														
4:00														

相談支援専門員備考欄

週を超えて、月単位で利用する可能性のあるサービス（短期入所等）

本人中心支援計画（案）をふまえたサービスの利用希望と生活のイメージシート【週間計画表】

氏名：

年 月 日 現在

	月		火		水		木		金		土		日	
	生活 イメージ	利用予定 サービス	生活 イメージ	利用予定 サービス	生活 イメージ	利用予定 サービス	生活 イメージ	利用予定 サービス	生活 イメージ	利用予定 サービス	生活 イメージ	利用予定 サービス	生活 イメージ	利用予定 サービス
4:00														
6:00														
8:00														
10:00														
12:00														
14:00														
16:00														
18:00														
20:00														
22:00														
0:00														
2:00														
4:00														

	週を超えて、月単位で利用する可能性のあるサービス（短期入所等）
	相談支援専門員備考欄

モニタリングシート

氏名：	日時：	年	月	日	会議参加者：	
モニタリング時点で達成した事項及びなげ達成できなかったの説明						
	本人の前の実行課題	本人	(家族)	(支援A)	(支援B)	(行政・その他自由追加可能)
暮らしの場 どこで・誰と・どんな暮らしがしたいのか						
日中活動(仕事など)	平日の日中はどこで・どんな仕事(勉強)がしたいのか					
余暇・楽しみ・活動	休日や仕事のあと、どこで・誰と・どんなことがしたいのか					
本人署名：	事業所名・相談支援専門員：				次回見直し予定日：	年 月 日
	基幹型相談支援員：					

