

申請者の現状（基本情報）

作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者	
-----	--	----------	--	---------	--

1. 利用者の状況

氏名			性別	年齢	生年月日			
			男					
住所					電話			
					携帯			
	[持家、借家、GH、入所施設、医療機関、その他（ ）]				FAX			
障がい名 疾患名								
手帳	有 無 申請中			障がい支援区分	申請中、区分1・2・3・4・5・6			
	身体			経済状況	障がい年金（ ）級			
	療育				生活保護：			
	精神				所得収入：			
級		他：						
家族氏名			続柄	年齢	同/別居	職業・健康状態等		
家族構成			社会関係図					
概要（支援経過・現状と課題等）								
本人の主訴（意向・希望）				家族の主訴（意向・希望）				
備考 ○ご家族から支援者に望むこと								

アセスメント

No. 2

作成日： H 年 月 日 作成者：

【本人の状況】

① 日常生活に関する領域

	状 況	本人・家族の希望	特記事項 気づいたこと・気になること
起床・就寝	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 動作可能だが助言を受けている <input type="checkbox"/> 動作一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 動作可能だが助言を受けている <input type="checkbox"/> 動作一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 動作可能だが助言を受けている <input type="checkbox"/> 動作一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 動作可能だが助言を受けている <input type="checkbox"/> 動作一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 動作可能だが助言を受けている <input type="checkbox"/> 動作一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 動作可能だが助言を受けている <input type="checkbox"/> 動作一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 動作可能だが助言を受けている <input type="checkbox"/> 動作一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 動作可能だが助言を受けている <input type="checkbox"/> 動作一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
清掃	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 動作可能だが助言を受けている <input type="checkbox"/> 動作一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
整理整頓	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 動作可能だが助言を受けている <input type="checkbox"/> 動作一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		

② 行動について

	状 況	特記事項 気づいたこと・気になること
行動問題	<input type="checkbox"/> 集団生活を行うにあたり特に問題となる行動はない <input type="checkbox"/> 集団生活を行うにあたり問題行動があるため月に1～2日支援を受けている <input type="checkbox"/> 週に1～2日支援を受けている <input type="checkbox"/> ほぼ毎日支援を受けている	
行動の特性	・精神症状(幻覚・妄想等) ・神経症様状態(脱毛・強迫等) ・破壊 ・自傷 ・他害 ・性的異常行為 ・奇声 ・騒がしい ・食事関係の強い障がい ・排泄関係の強い障がい ・パニック ・徘徊 ・飛び出し ・睡眠の乱れ ・感情障がい ・反社会的行動(虚言・盗み等) ・その他	

③ 健康に関する領域

	状 況	本人・家族の希望	特記事項
全体	<input type="checkbox"/> 自分で全般的に管理している or 健康面で留意すべき点なし <input type="checkbox"/> 部分的に助言受けている <input type="checkbox"/> 全介助		
薬の管理	<input type="checkbox"/> 自分でできる <input type="checkbox"/> 部分的に助言受けている <input type="checkbox"/> 全介助		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良く眠れる <input type="checkbox"/> 薬を飲めば眠れる <input type="checkbox"/> 薬を飲んででも眠れない		

④ 意思伝達に関する領域

	状 況		特記事項 気づいたこと・気になること
表 出	手 段	程 度	
	<input type="checkbox"/> 話し言葉 <input type="checkbox"/> 文字 <input type="checkbox"/> 機器 <input type="checkbox"/> 写真・絵カード <input type="checkbox"/> ジェスチャー・サイン <input type="checkbox"/> 直接的行動(手を引く等) <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 相手に伝わる <input type="checkbox"/> 大部分は伝わる <input type="checkbox"/> 半分程度伝わる <input type="checkbox"/> 簡単な内容なら伝わる <input type="checkbox"/> ほとんど伝わらない <input type="checkbox"/> 伝わらない	
理 解	状 況		特記事項 気づいたこと・気になること
	<input type="checkbox"/> 話し言葉がわかる (二語文以上/二語文/単語程度) <input type="checkbox"/> 文字がわかる <input type="checkbox"/> 写真・絵カードがわかる <input type="checkbox"/> ジェスチャー・サインがわかる <input type="checkbox"/> 具体物がわかる <input type="checkbox"/> その他		

⑤ 社会生活技能に関する領域

	状 況	本人・家族の希望	特記事項
対人関係	<input type="checkbox"/> 大きな問題はない <input type="checkbox"/> 一部のひととトラブルを起こす <input type="checkbox"/> 多くのひととトラブルを起こす <input type="checkbox"/> 内向的で自分の意思を相手に伝えることが難しい <input type="checkbox"/> 対人関係を築くことが難しい		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 福祉機器を使って自力移動 <input type="checkbox"/> 動作一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
金銭管理	<input type="checkbox"/> 計算ができ、計画的に使える <input type="checkbox"/> 部分的に助言を受けている <input type="checkbox"/> 全介助		
交通機関	<input type="checkbox"/> 交通機関を使って目的地に行ける <input type="checkbox"/> 部分的に助言を受けている <input type="checkbox"/> 全介助		
困った時	<input type="checkbox"/> 誰にでも相談できる <input type="checkbox"/> 決まった相手に相談できる <input type="checkbox"/> 相談できない		
危機管理	<input type="checkbox"/> 誰にでも相談できる <input type="checkbox"/> 決まった相手に相談できる <input type="checkbox"/> 相談できない		

アセスメント

No. 4

作成日： H 年 月 日 作成者：

⑥ 好きなこと、趣味や生きがい、レクリエーションなどについて

⑦ 仕事に関することについて

⑧ その他特記事項 職歴、現病歴*、家屋・周辺環境など

* 着眼点：病名・服薬内容・主治医や発病時のエピソード、症状など

ニーズ整理票

作成者:

氏名:

作成日: 年 月 日

主訴(本人や家族の要望)	本人や家族等の状況	相談支援専門員の判断(推察・可能性)	解決すべき課題(ニーズ)	優先順位