

該当要件

- 介護者（家族）の不在により、一人で在宅生活を継続することができない
- 現在支援をしている親族以外に支援者がいない、または親族が関わりを拒否しており、一人で在宅生活を行うことができない

作成日	年 月 日	作成事業所・担当者	
-----	-------	-----------	--

1. 基本情報

フリガナ		男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名				
住所	〒			
電話番号	自宅： ()	携帯：		
成年後見制度利用状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 補助人 <input type="checkbox"/> 保佐人 <input type="checkbox"/> 後見人 ↳ 氏名：			連絡先：

2. 障害の種類及び程度

障害または疾患名	
----------	--

種類	等級等	備考
身体		
療育		
精神		
障害支援区分		

3. 医療の状況

かかりつけ	医療機関：	主治医：
定期通院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↳ 通院状況：	
服薬状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↳ 服薬内容：	

4. 心身の状況 (空欄は自由記載)

食事	自立 見守り 一部介助 全介助	
移動	自立 見守り 一部介助 全介助	
着替え	自立 見守り 一部介助 全介助	
歯磨き	自立 見守り 一部介助 全介助	
排泄	自立 見守り 一部介助 全介助	
入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	
金銭管理		
特性・こだわり等		
普段の過ごし方 (好きなこと、苦手なこと等)		

5. 家族状況等 (主たる介護者は数字に○)

	氏名	年齢	続柄		特記事項
1				同居 別居	
2				同居 別居	
3				同居 別居	
4				同居 別居	

6. 緊急連絡先 (親族等)

	氏名	連絡先	本人との関係
1			
2			
3			

7. サービス利用状況

サービス種別	既契約事業所名	担当者

8. サービス受け入れ調整事業所

サービス種別	事業所名	連絡先	担当者	対応可能時間等

9. 緊急時対応方針

想定される相談内容	
具体的な対応方針	
対応上の留意事項	
特記事項	

緊急時対応プランの内容について、担当者より説明を受け、その内容に同意します。

また緊急時の受け入れに備え、本内容について、全部又は一部を見附市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

年 月 日 利用者氏名 _____

代理人氏名 _____