

## 令和4年度千葉県相談支援従事者初任者研修前期演習課題

整理番号	
受講者氏名	
所属（事業所名）	
提出する事例の障害種別にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 障害児 <input type="checkbox"/> 重複（                      ）	

### 【提出書類】

- 1 令和4年度千葉県相談支援従事者初任者研修演習課題（本紙）
- 2 事例概要  
（ 取り上げる事例について要約してください。  
グループ内で各自用意した事例を紹介する際の説明資料として使用します。 ）
- 3 相談受付票
- 4 一次アセスメント票（障害児版）

### 【注意事項】

御本人・御家族の氏名、住所、電話番号など個人情報に関わるものは記載しないでください（仮名等により記入願います）。

研修課題の事例として使用することについては、御本人からの承諾を得るようにしてください。

### 【提出方法】【重要】

上記【提出書類】を、1～4の順番で各書類下部の余白にページ番号を付番(※)の上、ホチキス留めしたものを10部用意し、演習初日に持参してください。

※ページ番号は、グループワークで事例を発表する際に、他のメンバーの人たちが書類の確認を円滑にできるようにするためのものです。

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying the majority of the page. It is intended for the user to write the case summary (事例概要) as indicated by the header.

相 談 受 付 票

相談日 令和 年 月 日

受付 No. 氏 名		相談方法 (外来、電話、文書、ファクシミリ、訪問) 経由機関 (担当者)				
性 別 (男・女) 生年月日 ( 才) 障害種別 種 級 障害名: 障害者手帳 身障手帳 ( 種 級) 療育手帳 ( ) 精神保健福祉手帳 ( 級) 現住所 電 話 FAX						
相談者氏名  TEL FAX				その他の連絡先 氏名 (本人との関係 ) 住 所 TEL FAX		
家   族	続柄	氏 名	年齢	職業・学校	同居 別居	特記事項
	本人					
相談内容				[家族構成]		
現在受けているサービス						
対応者所見・その他の情報				対応状況		

対応職員 \_\_\_\_\_

受付NO.:

一次アセスメント票(障害児版)

氏名:	面接年月日:	面接目的(事前に具体的に記入)
面接者所属:	氏名:	

本人の概要	成育歴 療育・教育 歴				
	病歴 ・ 障害歴	年 月	事項	年 月	事項
	療育手帳 有・無	身体障害者手帳 有・無	種 級	精神保健福祉手帳 有・無	級
	市町村窓口	児童相談所窓口			
	在籍(卒業)学校				
	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 小児区分1 <input type="checkbox"/> 小児区分2 <input type="checkbox"/> 小児区分3 <input type="checkbox"/> 重心 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 医療型 <input type="checkbox"/> 療養介護型			
	福祉サービス利用状況				
	医療機関利用状況[現在の受診状況、受診科目、頻度、主治医、疾患名]				
医療保険等	<input type="checkbox"/> 国民健康保険	<input type="checkbox"/> 社会保険	<input type="checkbox"/> 損害保険	<input type="checkbox"/> 生活保護	
障害者医療	<input type="checkbox"/> 更生医療	<input type="checkbox"/> 育成医療	<input type="checkbox"/> 心身障害児者医療費助成		
<input type="checkbox"/> 精神通院医療	<input type="checkbox"/> 乳幼児医療	<input type="checkbox"/> 難病医療費助成	<input type="checkbox"/> 小児慢性疾患費助成	<input type="checkbox"/> 受診券	
年金・手当	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金( 級)		<input type="checkbox"/> 国民年金		
<input type="checkbox"/> 児童手当	<input type="checkbox"/> 特別障害者手当	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当( 級)		
現在使用している福祉用具					

○本人の生活状況(普通の1日の流れ)

○家族の生活状況 ★キーパーソン( )

○本人の要望・希望する暮らし

○家族の要望・希望する暮らし

利用児者の状況						
	項目	チェック内容			現状・配慮が必要なこと	
		実態	希望			援助 要・不要
			本人	家族		
生活	経済状況					
	住環境					
健康	服薬管理				服薬内容 ( )	
	医療的ケア				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素 )	
	食事摂取				<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 1口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 流動	
	水分摂取				<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> とろみ	
	アレルギー					
	てんかん発作					
	睡眠					
発達	身体発達				身長           cm    体重           kg <input type="checkbox"/> 首のすわり <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 支えて座位 <input type="checkbox"/> 膝立ち <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 独り立ち	
	知的発達					
	ことば					
日常生活	着脱(上衣) (ズボン)					
	排泄(排尿) (排便)					
	移動(屋内) (屋外)					
	入浴					
コミュニケーション	意思表示					
	意思伝達					
	理解					
	対人関係					
	行動障害					
好き嫌い	好きなこと					
	嫌いなこと					
関係機関からの情報						
担当者所見						