

--

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"/> 障害厚生年金(級)	
<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="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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						