**古河市地域生活支援拠点等事業【こが・サポ（ＫOGA ONE TEAM SUPPORT）】**

**登録シート**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **作成日** |  | **事業所名** |  | **作成者** |  |

**① 登録者の情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | | 生年月日 | | |  | | | | | 年齢 | 才 | |
| 氏　　名 | |  | | | | | 性別 |  | | 所属  （職場・学校名等） | | |  | | | | |
|  | |  | | | | | | | | 電話番号 | | |  | | | | |
| 住　　所 | | ＦＡＸ番号 | | |  | | | | |
|  | | Ｅメール | | |  | | | | |
| 手　　帳  （有・無） | | 身体　　　級　　障害名：  療育  精級　　　級　　診断名：  自立支援医療（精・更・育）  診断名： | | | | | | | | 疾病、持病、アレルギー、発作等の状況 | | |  | | | | |
| 通院先 | | 医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医：　　　　　　　　　　　　　　　　頻度： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服薬 | | 有 ・ 無　　種類：　　　　　　　　　　　　　　頻　度：　　　　　　　　　　　　　　　　管理： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉  サービス  （有・無） | | 区分：　　　　サービス内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　通所事業所： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保健 | | 国保　・　社保　・　船保　・　共済　・　生活保護　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経済状況 | | 収入（有・無）　　月　　　　　　　円　・　障害年金　　　級　・　生活保護　・　その他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| **➁ 家族・支援者の情報** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族構成 | 氏　　名 | | 続柄 | 生年月日 | 年齢 | 職業 | | | | 同居・別居 | | 家族構成 | | | | |  |
|  | |  |  |  |  | | | |  | |  |
|  | |  |  |  |  | | | |  | |
|  | |  |  |  |  | | | |  | |
|  | |  |  |  |  | | | |  | |
| 親族等の支援が可能な方 | | | 氏　　名 | | 続柄 | 生年月日 | | | | | 住所 | 職業 | | 連絡先 | | | |
|  | |  |  | | | | |  |  | |  | | | |
|  | |  |  | | | | |  |  | |  | | | |
|  | |  |  | | | | |  |  | |  | | | |
| **③ 緊急時に想定される相談内容** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **相談内容** | | | | | | | | | **対応** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |

**➃ 登録者のADLについて**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日常の生活状況 | 食事 | □自立　・　□一部介助　・　□全介助  □常食　□粥　□刻み　□超刻み　□ミキサー食  □箸　□スプーン　□フォーク　□（　　　　　　　） | | | |
| 排泄 | □自立　・　□一部介助　・　□全介助  おむつの使用（□無　□有）　・　遺尿の有無（□無　□有）　・　夜尿の有無（□無　□有）  使用便器　（□和式　□洋式　□立式　□おむつ　□ポータブル）　・　排尿間隔　（　　　　時間くらい）  排便回数　（　　　日に　　　回くらい）　・　便秘対策　（□無　□有） | | | |
| 生理 | □自立　・　□一部介助　・　□全介助 | | | |
| 着脱 | □自立　・　□一部介助　・　□全介助 | | | |
| 入浴 | □自立　・　□一部介助　・　□全介助 | | | |
| 洗面 | 洗顔（□自立　・　□一部介助　・　□全介助）　・　歯磨き（□自立　・　□一部介助　・　□全介助） | | | |
| 睡眠 | 眠剤（□無　・　□有）　・　寝具（□ベッド　・　□ふとん　・　□両方可）　・　夜間状況への対応 | | | |
| 歩行 | □独歩　□杖　□歩行器　□車いす　□その他の補助具　・　段差（□可　・　□不可） | | | |
| 会話 | | □可　・　□不可 | | | |
| 行動  特徴 | |  | | | |
| 利用時の配慮事項 | |  | | | |
| 受入れ  希望先 | | 事業所名 |  | 利用歴 ： 有・無 | 利用時期：　　　　　　頃 |
| 事業所名 |  | 利用歴 ： 有・無 | 利用時期：　　　　　　頃 |
| 事業所名 |  | 利用歴 ： 有・無 | 利用時期：　　　　　　頃 |
| 備考 | |  | | | |

　古河市地域生活支援拠点事業に伴う事前登録を希望するため申請します。また、計画相談支援事業所に古河市地域生活支援拠点事業に伴う事前登録シートの作成を依頼し、緊急時に備えて、支援関係者、拠点コーディネーター等にこれを提供することに同意いたします。

　署名（本人又は保護者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※自署の場合、押印は不要です。