

【同意欄】
 伊勢崎市長 様
 私は、伊勢崎市地域生活支援拠点等の趣旨に賛同し、緊急時支援事前登録者台帳に登録することを届け出ます。
 ついては、私が届け出た下記個人情報を貴市が障害者基幹相談支援センター、指定特定相談支援事業所、障害者支援施設、障害福祉サービス事業所及び医療機関などの関係機関に提供すること、また、届出内容に不足があり緊急時の支援のために必要があるときは、不足部分に係る個人情報について前述の関係機関に対し、必要な情報の提供を求めることに同意します。

令和 年 月 日

登録者氏名 ⑩

※自署することが出来ないときは、本人の意思を確認のうえ、家族等が代筆することが可能です。

(ふりがな)		生年月日	(歳)	性別	
届出者(代筆者)氏名					
住 所	〒				続柄
連絡先	(自宅)	—	—	(携帯)	—

1. 登録者の概況

(ふりがな) 登録者氏名	<input type="checkbox"/> 同上		性別		
住 所	<input type="checkbox"/> 同上	〒			
生年月日	西暦 (<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和) 年 月 日 (歳)				
身 長	c m	体 重	k g	血液型	
障害名 (診断)				平 熱	℃
障害者手帳 (判定) ※お手持ちの手帳の欄にチェックを入れてください	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳		<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他 ()		
			等級		
	<input type="checkbox"/> 療育手帳		等級		
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳		等級			
医療制度	<input type="checkbox"/> 精神通院医療 <input type="checkbox"/> 厚生医療 <input type="checkbox"/> 福祉医療制度		障害年金	<input type="checkbox"/> 有 ()	

2. 現在の利用事業所等

利用機関区分	名 称	担当者または主治医	備 考
福祉関係 (通所事業所など)			
医療機関 その他			

3. 世帯構成

家族状況（家系図）	備 考
	※家族間の交流状況、関係性、その他について記載

4. 緊急連絡先（※家族を含め、緊急連絡先になり得る人を記入してください）

氏 名	関係性	連 絡 先	優先順位	特記事項（健康状態や利用者との関わり）

5. 住居状況

居住形態	<input type="checkbox"/> 持家（名義 ） <input type="checkbox"/> 借家（家賃 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
居 室	階 数	<input type="checkbox"/> 平屋 <input type="checkbox"/> 2階建 （ 借家の場合の居住階数 : <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 ）		
	部屋数	<input type="checkbox"/> 1部屋 <input type="checkbox"/> 2部屋 <input type="checkbox"/> 3部屋 <input type="checkbox"/> 4部屋以上		

6. 緊急時に望む支援

※緊急時に希望される支援内容を具体的に記載してください

健康・医療

●治療状況 (既往歴含む)

疾患名	医療機関	治療期間	処方	特記事項
	☎	年 月 日) 年 月 日	常用/頓服薬 : <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし (薬名)	
	☎	年 月 日) 年 月 日	常用/頓服薬 : <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし (薬名)	
	☎	年 月 日) 年 月 日	常用/頓服薬 : <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし (薬名)	
	☎	年 月 日) 年 月 日	常用/頓服薬 : <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし (薬名)	
	☎	年 月 日) 年 月 日	常用/頓服薬 : <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし (薬名)	

●てんかん

てんかんの有無 : なし・あり

発作の有無 : なし・あり (年 月 以降発作なし)

発作が起きたときの対応 :

かかりつけ医 (連絡先) : 医療機関名 : (☎)

薬 : なし・あり (薬名 :)

●おくすり手帳の添付 なし・あり

●アレルギー

アレルギーの有無 : なし・あり

気を付けるもの : 食物 ()・薬 ()・その他 ()

薬 : なし・あり (薬名 :)

対応 :

●特別な医療の有無 (喀痰吸引 ・ 経管栄養 ・ 透析 ・ ストーマ処置 ・ その他)

→

●感染症の有無 (既往ありも含む)

結核性疾患 ・ 肝炎 (型) ・ 梅毒 ・ 疥癬 ・ 皮膚疾患 ()

その他 →

●健康・医療に関し、その他気を付けてほしいこと、支援してほしいこと

移動・動作

●歩行

ひとりできる(支援不要) ・ 補装具を使用すればひとりできる ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい

補装具の使用状況 : なし ・ あり

補装具の種目 (名称等) :

具体的な支援方法 :

●移動

目的に合わせた移動 : ひとりできる(支援不要) ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい

具体的な支援方法 :

●日常生活用具

使用状況 : なし ・ あり

日常生活用具の種目 (名称等) :

日常生活用具を利用する上での注意事項

●移動・動作におけるその他留意事項

着脱衣

●衣服の着脱

衣服の着脱動作 : ひとりできる(支援不要) ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい

具体的な支援方法 :

衣服の選択 : ひとりできる(支援不要) ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい

具体的な支援方法 :

●着脱衣に関しその他注意してほしいこと、支援してほしいこと (衣服のこだわり、着る順番など)

食事・衛生保持

●食形態等について

食形態 : 普通食 ・ 一口大 ・ きざみ ・ その他 ()

自分で使える道具 : はし ・ スプーン ・ フォーク ・ その他 ()

介助の必要 : 自分で食べる ・ 少し手伝ってほしい ・ 食べさせてほしい

●食べてはいけないもの (食物アレルギー、のどに詰まらせる危険のあるもの)

●その他注意してほしいこと、支援してほしいこと

(食事の際のこだわり、他者の分まで欲しがらる、過食、多飲水など)

●洗面・歯磨き

ひとりでできる(支援不要) ・ 見守りが必要 ・ 少し手伝ってほしい ・ 全部手伝ってほしい

具体的な支援方法 :

●入浴

ひとりでできる(支援不要) ・ 見守りが必要 ・ 少し手伝ってほしい ・ 全部手伝ってほしい

具体的な支援方法 :

排泄・生理

●排尿

様式 : 洋式 ・ 和式 ・ どちらでも ・ おむつ ・ その他 ()

排尿動作 : ひとりでできる(支援不要) ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい

予告 : 自分で予告する ・ 誘導してほしい

排尿のリズム (時間ごと)

具体的な支援方法 :

●排便

様式 : 洋式 ・ 和式 ・ どちらでも ・ おむつ ・ その他 ()

排便動作 : ひとりでできる(支援不要) ・ 少し手伝ってほしい ・ 手伝ってほしい

予告 : 自分で予告する ・ 誘導してほしい

排便のリズム (時間ごと)

具体的な支援方法 :

コミュニケーション

●理解の仕方について

理解の様子 : 理解できる ・ 多少理解できる ・ 理解できない

→

理解の程度

→

指示や禁止の仕方配慮すること

→

理解できる方法 (単語 ・ 筆記 ・ 写真 ・ 絵カード ・ ジェスチャー ・ 文字 ・ 具体物)

→

●表現の仕方について

具体的な様子 (話せる(日常会話が成り立つ) ・ 多少話せる ・ オウム返し ・ 単語のみ ・ ない)

→

意思表示(要求や拒否)の仕方

→

困ったときに援助が求められますか : はい ・ いいえ

分からないことを質問することができますか : はい ・ いいえ

具体的な支援方法 :

好きなこと・苦手なこと

●人に関して

(1) 好きなタイプ

(2) 苦手なタイプ・支援方法

●物や習慣に関して (気持ちが落ち着く、状態が安定するような良い意味での物や習慣)

●感覚の過敏や鈍麻

行動面

●こだわり (対象や具体的な様子)

●問題となる具体的な行動・様子 (例)異物を口に入れる、道路に飛び出す、自分や他人を傷つける行為がある

配慮してほしいこと、こだわりや問題となる行動への対応など :

一週間の過ごし方							
	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							

生活リズム	
1時	
2時	
3時	
4時	
5時	
6時	
7時	
8時	
9時	
10時	
11時	
12時	
13時	
14時	
15時	
16時	
17時	
18時	
19時	
20時	
21時	
22時	
23時	
24時	