

基本情報シート

記入日：〇〇〇〇年〇〇月〇〇日／記入者〇〇〇〇

フリガナ					性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
名前	ST 様								
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 グループホーム〇〇〇〇〇〇〇				生年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 (〇〇歳)			
電話	自宅電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (グループホーム)			携帯	なし			
	自宅Fax	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (グループホーム)			その他				
緊急連絡先	①	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (続柄 後見人)			②	(続柄)			
家族構成	氏名	続柄	職業	同居/別居	氏名	続柄	職業	同居/別居	
生活歴 <small>(学歴・職歴)</small>	年	月	内容 (所属・出来事など)		年	月	内容 (所属・出来事など)		
	〇〇	〇〇	〇〇特別支援学校高等部卒業						
	〇〇	〇〇	生活介護事業所〇〇 (現在も利用中)						
	〇〇	〇〇	グループホーム〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇入居						
障害の程度	診断名		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (重度知的障害 自閉スペクトラム症)						
	手帳	手帳		<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり		療育手帳		<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	
						精神保健福祉手帳		<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	
						身体障害者手帳		種 級	
その他									
医療	主に関わる 医療機関	病院・医院名		診療科名	担当医師	病名		利用頻度	
	服薬 (名称・量)	朝					眼前		
		昼					頓服		
		夕					その他		
	発作	有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度： 週・月・年に 回程度)						
原因・きっかけ									
対応									
サービスの利用	障害福祉サービス 受給者証	受給者証番号		支給市町村		〇〇市			
	障害程度区分	<input type="checkbox"/> 非該当 <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 checked="" type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6							
	介護保険	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)							
	利用中の サービス	グループホーム〇〇〇〇〇〇〇〇 生活介護事業所〇〇 (週5日) ヘルパーステーション〇〇〇 (行動援護 週1回)							
収入	就労収入	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 月額 約 8,000 円							
	年金	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 障害基礎年金 1級 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 級							
	手当	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <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 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()							

ヘルパーステーション〇〇〇

本人の情報

A D L

着脱はできるが、身だしなみを整えることは難しい。食べこぼしはあるが、一人で食べることができる。
食べる速度は速い。排尿は自立。排便はふきとりに介助が必要

ことばの理解

普段よく使う言葉に反応することがあるが、理解した行動には至らないことが多い。

気持ちの伝え方

要求するときは、言葉ではなく、多くは相手の手を取り伝える。
エコラリア（反響言語）が多く会話にはならない。

自宅での余暇活動

音楽を聴く。紙破き。
※暇な時間に紙を破いて過ごすことがある。お金に関しては破かないこともあるが、お金とそれ以外の紙を区別しているかは不明。

視覚支援

これまで写真や絵カードを使って支援された経験はないが、好きな店のロゴマークを見て笑ったり、好きな公園の写真を見て期待する素振りを見せたことはある。

その他の気になる行動

不安定になると、床や服のゴミや毛玉などが気になり、拾って見えないところに捨てる。
片ひざをつく、ロッキングなどの行動が増える。

活動の予告

一日の活動の予告などはされておらず、直前に次の活動について言葉で丁寧に予告するという支援がされている。

外出の頻度

パウードームへの外出は月1回前後。その際ハンバーガーショップへ行くこともしばしばある。
この活動をS Tさんが好きかどうかはわからないが、食べる活動は嫌いではないように支援者は感じている。

活動の選択

普段の生活の場面で明らかにS Tさんの意志で、しっかり選択したと思われるようなことはなく、支援者が押し量って選択することがほとんど。メニューも支援者が選んでいる。

外出ルート

特にこだわりのようなものは無い。支援者がルートを決めている。
※今回の外出では、行きは、普段からよく走ることが多いので車通りの少ない道を選び、帰りは、車通りは多いけれど本人が帰宅するのに最もわかりやすい道を選んでいる。

好きなもの・苦手なもの

活動として好きなことは、ブランコ、乗り物にのること、歌を聴くことなど。
苦手なものは犬。