

様式2: 基本情報・アセスメントシート

ケースNo.: ()

記入日: 年 月 日

基本情報		
フリガナ		性別 生年月日・年齢
本人氏名		男・女 年 月 日生(歳)
入所日	年 月 日()	センター担当者
面接日時	年 月 日() : ~ :	面談出席者
住民票住所	都道府県 郡区市 <input type="checkbox"/> 不明・失念	
本籍地	都道府県 郡区市 <input type="checkbox"/> 不明・失念	
緊急連絡先	氏名: 続柄・関係: 連絡先:	
	氏名: 続柄・関係: 連絡先:	
	氏名: 続柄・関係: 連絡先:	
入所前の居住環境、路上生活の経緯		
直近の居所環境	具体的な場所 <input type="checkbox"/> 公園・路上 <input type="checkbox"/> 駅・地下街・アーケード <input type="checkbox"/> サウナ・カプセルホテル・ネットカフェ <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> 知人宅 <input type="checkbox"/> 飯場・簡易宿泊所 <input type="checkbox"/> 社宅・社員寮 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 持ち家 地名・駅名	
路上生活歴	路上生活のきっかけ <input type="checkbox"/> 仕事…派遣契約、退職 <input type="checkbox"/> 債務…家賃滞納、借金 <input type="checkbox"/> 健康…病気、怪我 <input type="checkbox"/> 家族・人間関係…家出 路上生活の期間・回数 路上生活直前の居所	
生活歴、家族・周囲との人間関係		
生活歴 成育歴	出生時、幼少期、学齢期、青年期、壮年期 生育歴における課題: <input type="checkbox"/> 虐待・暴力被害 <input type="checkbox"/> 家庭の貧困・借金 <input type="checkbox"/> いじめ <input type="checkbox"/> 不登校 <input type="checkbox"/> ひきこもり <input type="checkbox"/> 基礎学力未習熟 <input type="checkbox"/> 身体疾患 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 非行・犯罪 <input type="checkbox"/> 依存症の有無	
家族・親族関係	連絡の取れる家族 家族との親和・疎遠 保証人を頼めるか	【家族構成図】 男性□、女性○／本人は二重囲い(回、◎)／死去は黒で塗りつぶす(■、●) ／婚姻関係は一(横線)、離婚は一(横線)を斜めの2本線(/)で切る／同居の範囲を実線で囲む。

周囲との人間関係 交友関係、地域との関係等						
心身の状況						
健康状態	身体面 自覚症状、既往症状、兆候					
	精神面 自覚症状、既往症状、兆候、傾向、自殺企図・未遂経験、うつ病、アルコール・薬物依存症					
医療サービス	健康保険等	<input type="checkbox"/> 社会保険(健康保険) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生活保護(医療扶助) <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他()				
	医療の状況	疾患名	服薬状況	医療機関・主治医	頻度	経過
	留意点、特記事項等					
福祉サービス	障害の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→障害名:()				
	手帳取得状況	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> なし			
		障害の種類	<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			
		療育手帳	<input type="checkbox"/> 最重度・○A・A1・1度 <input type="checkbox"/> 重度・A・A2・2度 <input type="checkbox"/> 中度・B・B1・3度 <input type="checkbox"/> 軽度・C・B2・4度 <input type="checkbox"/> なし			
	障害程度区分認定	精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> なし			
要介護認定	<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"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし					
これまでのサービス利用履歴 留意点、特記事項等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし					
日常生活	ADL(日常生活動作)の課題	<input type="checkbox"/> 食事摂取 <input type="checkbox"/> 口腔衛生 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 歩行・移動 <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> その他()				
	IADL(手段的日常生活動作)の課題	<input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 電話利用 <input type="checkbox"/> 乗物利用 <input type="checkbox"/> その他()				

日常生活 (続き)	コミュニケーション上の課題	<input type="checkbox"/> 清聴(相手の話を聞く) <input type="checkbox"/> 意見(意見や疑問を述べる) <input type="checkbox"/> 読解(書類を読み、理解する) <input type="checkbox"/> 記述(書類を記述する) <input type="checkbox"/> 対人恐怖症の傾向 <input type="checkbox"/> その他()				
	日常生活上の配慮・希望、留意点、特記事項等 <input type="checkbox"/> 規則正しい生活の可否 <input type="checkbox"/> 生活の満足感 <input type="checkbox"/> 行動障害 <input type="checkbox"/> 一般常識対応					
経済状況						
収入・貯蓄	主な収入源					
	預貯金の有無	<input type="checkbox"/> あり→()円 <input type="checkbox"/> なし				
	年金受給	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 <input type="checkbox"/> その他				
	生活保護受給	<input type="checkbox"/> 過去に受給歴あり→時期:() <input type="checkbox"/> 現在受給中→市町村担当者:() <input type="checkbox"/> 受給なし				
	留意点、特記事項等					
金銭上の課題	借金の整理	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要→債務合計:()円、元金合計:()円				
	<input type="checkbox"/> 多重債務 <input type="checkbox"/> 事業不振 <input type="checkbox"/> 滞納 <input type="checkbox"/> その他()					
就労状況						
最終学歴	<input type="checkbox"/> 大学・大学院 <input type="checkbox"/> 短大・専門学校 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 中学校				<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	
職歴	就労経験	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
		【ありの場合】	職業名	職種	雇用形態	就労期間
		最初に就いた職業				
		最も長期間就いた職業				
		最後に就いた職業				
	留意点、特記事項等 <input type="checkbox"/> 就労期間合計 <input type="checkbox"/> 離職期間					
仕事に関する技能・スキル・資格、得意分野・強み等						
就労上の希望	<input type="checkbox"/> 本人の思い <input type="checkbox"/> 本人の目標(長期・短期) <input type="checkbox"/> 就労希望、意欲					
就労上の課題	<input type="checkbox"/> 失業、労働問題等 <input type="checkbox"/> 犯罪歴 <input type="checkbox"/> 就労意欲を阻害する要因					
就労支援	<input type="checkbox"/> 求職・就労に向けた準備 <input type="checkbox"/> センター担当者、地域、関連機関、民間企業、行政が支援できること					

その他	
本人の強み・可能性、得意なこと、趣味・楽しみ、興味・関心	
その他課題	
犯歴 非行、逮捕、前科、保護観察等の時期、動機等	
担当者の所見	
当面、センターで生活する上での課題	
退所予定時期、退所先	
関係機関との連携の要否 (行政、医療機関、法律家等)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
まとめ	

様式3: 支援計画・モニタリングシート【センター用】

ケースNo.: ()

フリガナ		性別	入所日	センター担当者
本人氏名		男・女	年 月 日	

支援計画 (作成日: 年 月 日)	モニタリング(実施日: 年 月 日)
-------------------	--------------------

【本人がめざす生活・将来の希望】	【本人の感想・満足度】
------------------	-------------

【総合的な援助方針(自立支援に向けたポイント)】	【担当者所見】
--------------------------	---------

優先順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	具体的な支援内容・支援者・頻度	達成時期	目標達成状況(計画見直しの要否・内容)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

様式5:担当者会議シート

ケースNo.:()

本事業所名:

記入日: 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日・年齢	
本人氏名		男・女	年 月 日生(歳)	
入所日	年 月 日()	センター 担当者		
開催概要	開催日時:	開催場所:	開催回数:	
	年 月 日() : ~ :			

会議出席者	所属(職種)	氏名	所属(職種)	氏名
検討項目				
検討内容				
結論				
残された課題				