

ちいき いこう しえん けいかく  
地域移行支援計画

さま  
様

				りようしゃ かくにんらん 利用者確認欄	
しきゅう けつていく めい 支給決定区名		けいかくさくせいび 計画作成日	ねん がつ ち		
りようしゃ しめい 利用者氏名		さわ しえん くぶん 障がい支援区分		ちいき そうだんしえん じぎょうしゃ めい 地域相談支援事業者名	
ちいきそうだんしえんじぎょうしゃしょうばんごう 地域相談支援受給者証番号		さわ ふくし じぎょうしゃしよけん 障がい福祉サービス受給者証番号		ちいき いこう けいかくさくせいたんどうしゃ 地域移行計画作成担当者	
げんざいりようちゆう しせつ びょういん 現在利用中の施設・病院		しせつ びょういん しょざいち 施設・病院の所在地	〒		
しせつ びょういん たんどう そうだんしえん 施設・病院の担当相談員		しせつ びょういん れんらくさき 施設・病院の連絡先	TEL	Fax	
ちいき いこう よてい び 地域移行予定日	ねん 年	つき 月	ち 日	ちいきいこうごのまじゅうよていさき 地域移行後の居住予定先	

ちいき いこう ご りようしゃ のぞ せいかつ 地域移行後利用者が望む生活	
--	--

けいかくさくせい かいぎ 計画作成会議	かいぎ じっし び 会議実施日	ねん 年	がつ 月	ち 日	かい ぎ 会議	じぎょうしやとうのめいしやう 事業者等名称				
					しゅつ せき しゃ 出席者	たんとうしや 担当者名				

No	ちいき いこう む 地域移行に向けて 解決すべき課題	かだい かいけつ む 課題解決に向けて 本人が実施すること	かだい かいけつ む ちいきいこうしえんしや 課題解決に向けて地域移行支援者がすること	かだい かいけつ む しせつ びょういん 課題解決に向けて施設・病院・ 家族・友人等がすること	かいけつよてい 解決予定 時期	じっし 実施にあたっての留意事項
1						
2						
3						
4						
5						
6						

ふりがな			地域移行支援受給者番号	
氏名			入院・入所先	
手帳	身障手帳	種	級	* 障がい名
	療育手帳	A	B1	B2
	精神福祉手帳	1級	2級	3級
身体状況	<input type="checkbox"/> 麻痺 (有・無) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 片麻痺 (右・左) <input type="checkbox"/> その他  <input type="checkbox"/> 座位保持 (可・不可) <input type="checkbox"/> 立位保持 (可・不可) <input type="checkbox"/> 起立 (可・不可) <input type="checkbox"/> 更衣 (自立・一部・全介助) <input type="checkbox"/> 移動 (歩行・車椅子) <input type="checkbox"/> (自立歩行・介助歩行) <input type="checkbox"/> (手動式車椅子・電動式車椅子) <input type="checkbox"/> その他			<b>【特記事項】</b> (言語・聴覚・視覚・その他)
日常生活能力	(身辺処理・言語理解・人間関係・その他特徴的行動等)			
置かれている環境				
病歴	年 月	事 項	年 月	事 項
障がい歴	年 月	事 項	年 月	事 項

	制度・サービス内容	利用開始時期・事業所名等			
利用している 制度・サービス					
家族の状況	〔家族構成〕			〔家族関係〕	
	氏名	続柄	年齢	職業・学校	特記事項
保険の種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 ( 本人 ・ 家族 ) <input type="checkbox"/> 国民保険 ( 本人 ・ 家族 ) <input type="checkbox"/> 自費 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他			〔医療機関利用状況〕	
障がい者医療	<input type="checkbox"/> 育成医療 <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 精神通院 <input type="checkbox"/> その他			〔服薬状況〕	
総合的な 支援の方針					