

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 ちち 年 月 日		
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 しょうばんごう 障がい福祉サービス受給者証番号		ちいき いこう けいかくさくせいび 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 しょうざいち 施設・病院の所在地	〒		
しせつ びょういん たんどう そうだんいん 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	ちち 日	かい ぎ 会議	じぎょうしゃ とうごうめい 事業者等名称			
					しゅつ せき しゃ 出席者	たんとうしゃ 名 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 しゃ 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			【特記事項】 (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

利用している 制度・サービス	制度・サービス内容				利用開始時期・事業所名等
	家族の状況	〔家族構成〕			
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					