

あんしんシート（記入例）

記入日： 令和 年 月 日

記入者： _____

No. _____

フリガナ 氏名	コウリョウ タロウ 広陵 太郎	性別 男	生年 昭和	55 年 1 月 1 日	(記入時) 44 歳	区分	短期入所決定	介護保険	サービス利用
		女				無	無	無	無

住所	広陵町笠〇〇一〇	収入	<input checked="" type="checkbox"/> 障がい年金 <input type="checkbox"/> 就労収入 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()
----	----------	----	---

連絡先 フリガナ 氏名	コウリョウ ハナコ 広陵 花子	続柄	母	電話番号 / 0745 (〇〇) 〇〇〇〇 携帯番号 / 090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
-------------------	--------------------	----	---	---

障がい種別	身体療育精神	級	B1 級	主たる障がい名・傷病名等	知的障がい 自閉症スペクトラム	保険	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 (本人・家族)
-------	--------	---	------	--------------	--------------------	----	--

緊急時の移動方法	<input type="checkbox"/> 自力移動 <input checked="" type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 生活サポート <input type="checkbox"/> ヘルパー等福祉サービス <input type="checkbox"/> その他 ()
----------	---

心身の状況	身長	168 cm	体重	70 kg	特記事項				
	麻痺等	上肢	無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	拘縮	無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左				
		下肢	無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	拘縮	無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左				
	視覚障がい	無	眼鏡	無	程度	生活に支障はない	視野障がい	無	
	聴覚障がい	無	補聴器	無	程度	会話に支障なし			
	言語障がい	無	失語症	無	構音障がい	無			
	意思疎通方法	<input type="checkbox"/> 会話 <input checked="" type="checkbox"/> 顔さ <input type="checkbox"/> ジェスチャー <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 他						生活上の限られた内容であれば会話できる	
理解力	<input type="checkbox"/> 理解可 <input checked="" type="checkbox"/> 簡単なことなら可 <input type="checkbox"/> 理解不可 <input type="checkbox"/> 他						簡単な言葉であれば理解できる		

健康管理 (令和 年 月 日時点)	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> 他 ()	
	感染症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容：	
	かかりつけ医	A病院 (内科)、B病院 (精神科)	
	医療ケア	栄養管理	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう等 <input type="checkbox"/> 他 ()
		呼吸管理	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 他 ()
排泄管理		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> パルン <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 他 ()	
その他			
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 頻度： <input type="checkbox"/> 1日1回以上 <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input checked="" type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 1年以上なし		
服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容：リスパダール (朝・夕)、デグレトール (朝)、マイスリー (就寝)		

日常生活	移乗・移動等	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 車椅子 (自走式) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り	動作に介助はいらないが、目的地まで行くのに声かけが必要。
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	主食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> パスト <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> トロミ	自分で食べるが、早食いのため、誤嚥しないか見守りが必要
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> オムツ (夜間のみ) <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 定時誘導 尿意 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便意 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	時々トイレが間に合わない。夜間は紙パンツを使用している。
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他 ()	頭や背中は自分で洗うのは不十分。
	更衣・整容	更衣： <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨き： <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 洗面： <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	気候に応じた。服を選ぶのが難しい。 雑に磨くため声かけ必要。 入浴時以外に洗わない。	

障がい特性	支援の拒否	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容： やりたくないことは指示しても頑なに拒否する。
	自傷・他がい	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容： イライラすると自分の頭をたたく。
	突発的・不安定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容： 急に予定が変更すると混乱する。事前に伝える必要がある。
	強いこだわり	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容： 決まった時間に決まったことをしないと落ち着かない。
	社会的逸脱行為	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容： 異性との距離感がわからない。話すときに距離が近い。

あんしんシート（緊急連絡先・関係機関リスト）

種類	機関名	担当者	連絡先	緊急対応	備考
親族	コウリョウ ハナコ 広陵 花子 (母)		000-000-0000		同居
親族	コウリョウ イチロウ 広陵 一郎 (兄)		000-0000-0000	○	〇〇市在住
親族	コウリョウ カズコ 広陵 一子 (妹)		000-0000-0000		〇〇市在住
医療機関	A病院	A医師	000-0000-0000		内科
医療機関	B病院	B医師	000-0000-0000		精神科
特定相談	C相談支援事業所	C相談員	000-0000-0000	○	
訪問看護	訪問看護ステーションD	D看護師	000-0000-0000	○	
生活介護	生活介護E	E管理者	000-0000-0000		日中一時あり
短期入所	グループホームF	F管理者	000-0000-0000		体験利用あり
(家族構成等)			(特記事項)		
<p style="text-align: center;">兄 (〇〇市) 妹 (〇〇市)</p>			<p>・兄も妹も働いており、連絡がつきやすいのは夕方6時以降（ただし、兄は留守電に入れておけば折り返し連絡はできる）</p>		

緊急対応方法について（緊急時の連絡先、対応方法、移送手段 等）

- ・緊急時、家族への連絡は**一郎氏**に行う。
- ・母が入院等した場合、まずはC相談員に連絡。C相談員は、グループホームFの短期入所利用に向けた調整を行う。万が一、Fに空きがない場合はあんしんシートを共有しているコーディネーターに連絡し、拠点登録事業所（短期入所）に相談し、受け入れの調整を行う。
- ・入所先への移送はタクシーを利用。同乗者については要調整。
- ・宿泊（入所）を伴わない場合は、拠点登録事業所（居宅介護）の活用を検討する。
- ・医療的な相談や対応が必要な場合、訪問看護ステーションDに直接連絡する。

※本シートの情報については、名前や住所など個人情報に該当する項目以外は事前にコーディネーターと情報を共有し、役場社会福祉課にて保管いたします。
緊急事案が発生した場合は適切な機関に早急に繋げるため、個人情報に該当する項目についてもコーディネーターと共有することとします。

上記のことについて、同意します。

※赤枠について、申請後にコーディネーターと情報共有を行いますが、当初は個人情報が特定できる項目についてはマスキングした状態で共有。事案発生時に全てを共有することとなります。

本人氏名 : **広陵 太郎**

保護者氏名 : **広陵 花子**