

受付 No. \_\_\_\_\_

※ 市記入

## 松阪市 地域生活支援拠点等 エントリーシート

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 記入

届出者	氏 名	
	連 絡 先	
	本人との関係	

次のとおり、松阪市地域生活支援拠点等事業に申込みします。

<input type="checkbox"/>	松阪市地域生活支援拠点等エントリーシート ※ 本書
<input type="checkbox"/>	個人情報の取り扱いに関する同意書
<input type="checkbox"/>	本人情報シート①・②
<input type="checkbox"/>	サービス等利用計画（基本情報・サービス等利用計画・週間計画）
<input type="checkbox"/>	受給者証

**[ 対象者氏名 ]**

ふりがな	
本人の氏名	

**[ サービス利用等 ]**

区分	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> なし	
計画相談 担当者	氏 名	
	事業所名	
	連 絡 先	
利用している サービス	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	
かかりつけ医	病 院 名	
	主 治 医	

# 個人情報の取扱いに関する同意書

(宛先) 松阪市長

松阪市地域生活支援拠点事業においては、個人情報を下記のとおり取扱います。

記

## 1. 利用目的

緊急時の支援が必要な障がい者（世帯）を事前に把握、登録したうえで、関係機関と共有し、緊急時に備えた各種支援を行うことを目的とする。

## 2. 個人情報の提供

### (1) 提供される個人情報の内容

松阪市地域生活支援拠点等エントリーシートに記入した個人情報

### (2) 個人情報の提供先（関係機関）

松阪市地域生活支援拠点等事業所、相談支援事業所、委託相談支援センター、障害福祉サービス事業所、協力医療機関

### (3) 提供先における個人情報の利用目的

- 緊急時に備えた関係機関との連携のため
- 緊急時に適切な支援を行うため

## 3. 条件

(1) 個人情報の提供は必要最低限とし、本利用目的以外には利用及び提供してはならない。

(2) サービスの提供を行う事業所に従事する職員又は従事していた職員は、利用者のプライバシーに万全を期すものとし、提供を受けた個人情報を正当な理由なく他人に知らせ、又は不当な目的に使用してはならない。

(3) 事業所に従事する職員は、個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録するとともに、当該個人情報及び経過等を安全に保管しなければならない。

私に関する個人情報を上記のとおり取り扱うことに同意します。

令和 年 月 日

住 所

本人署名

代理人署名

本人との関係（ ）

※ 代理人があるときは、代理人の方の署名又は記名押印をお願いします。

本人情報シート①

担当作成  
機関

作成者：  
作成年月日：

顔写真		全身写真			画像有	アセスメント項目	全介	見守り	一部介助 具体的な支援の方法
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	食事摂取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	服薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ふりがな		性別	血液型	療育手帳	区分	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
氏名						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
名前の呼ばれ方		手帳 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
生年月日(西暦)		備考				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
作成日時点年齢	歳					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
てんかん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	てんかん発作の頻度に 回数 程度			〇〇なれば、救急車を呼ぶ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
危険度高い持病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(下に記載)				〇〇なれば、救急車を呼ぶ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					【上記で枠内に収まらなかった、具体的な支援方法など】				
					その他配慮事項 内容 特記事項				
既往歴									
現在治療中					過去に治療した				
自傷	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	他害	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			食事形態	状態	形状	備考
アレルギー	種類			内容(アレルギー物質)			【主食】		
	<input type="checkbox"/> 食べ物アレルギー						【副食】		
	<input type="checkbox"/> 薬物アレルギー						【飲物】		
	<input type="checkbox"/> 金属アレルギー								
	<input type="checkbox"/> その他のアレルギー								
利用目的	備考(詳しい理由など)						食事注意点		
<input type="checkbox"/>	介護者の負担軽減の為(レスパイト)						意思疎通	支援者からの2~3語分程度の簡単な話を理解することが、 <input type="checkbox"/> ①できる <input type="checkbox"/> ②できない	
<input type="checkbox"/>	緊急的な一時利用							②できない場合の他の手段	
<input type="checkbox"/>	その他								
環境	本人が好む物・場所・事			本人が嫌いな物・不快に感じる事			パニックになりやすい事柄と、なったときの対応方法 具体的に		
現在の生活の主な拠点					介助場面の動画が保存されている形態				
現住所	種別	状態				○画像の種	○保存方法		
						○画像のフォーマット	○備考		
緊急連絡先(優先順位で)					現在の利用者の状況(現況) ※枠内で収まるよう簡潔に				
	氏名	関係	備考	連絡先			福祉サービス利用情報		
①							○受給者証番号 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
②							○支給決定されているサービス種別		
③							サービス①	サービス②	
							サービス③	サービス④	
							サービス⑤	その他	

本人情報シート②

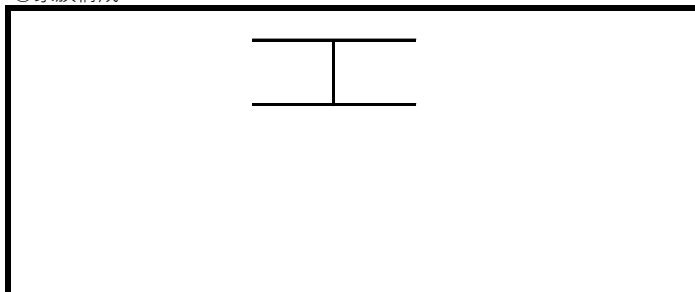
○基本的な生活のながれ（平日・休日）

	基本的な動き		睡眠	投薬	食事・水分摂取 間食	排尿	排便	ご本人が好んでする事		
	平日	休日						平日	休日	
5:00										5:00
6:00										6:00
7:00										7:00
8:00										8:00
9:00										9:00
10:00										10:00
11:00										11:00
12:00										12:00
13:00										13:00
14:00										14:00
15:00										15:00
16:00										16:00
17:00										17:00
18:00										18:00
19:00										19:00
20:00										20:00
21:00										21:00
22:00										22:00
23:00										23:00
0:00										0:00
1:00										1:00
2:00										2:00
3:00										3:00
4:00										4:00
特記 配慮事項 備考	基本的な動き		睡眠	投薬	食事	排尿	排便	ご本人が好んですること		特記 配慮事項 備考

○その他アセスメント

画像有	アセスメント 項目	全 介	見 守 り	一 部 介 助 具体的な支援の方法
<input type="checkbox"/>	ベッド・車椅子等 への移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	屋内移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	買物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	整理整頓・掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	文字の理解	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	集団行動をする (ルールを守る)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
【上記で枠内に収まらなかった、具体的な支援方法など】				

○家族構成



○エコマップ 良好関係 通常関係 否定関係

※人間関係の強弱は、線の太さで示す。別紙である場合は別紙添付でも可。

本人