

現在の暮らし		みらいの希望する暮らし	
本人の年齢	生年月日 年 月 日 (歳)	(障がい福祉サービス) 自宅 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労支援A型事業所 <input type="checkbox"/> 就労支援B型事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> その他のサービス <input type="checkbox"/>	
親(保護者)の名前と年齢	続柄()名前() (歳)	(介護保険サービス) 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> その他の介護 <input type="checkbox"/> その他の介護 <input type="checkbox"/>	
	続柄()名前() (歳)		
本人の生活状況	自宅 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労支援A型事業所 <input type="checkbox"/> 就労支援B型事業所 <input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> その他のサービス <input type="checkbox"/>	【親(保護者)さんのみらいの思い】 	
	「手帳」 _____ 「いまの様子」 _____	【ご本人のみらいの思い】 	
かかりつけ病院	病院名 _____ 医師名 _____ 病名・服薬 _____ 通院回数 _____	家族が準備 できること 本人の収入(年金) (_____) 本人の給付金 (_____) 本人の給料・工賃 (_____) 本人に使える貯蓄 (_____) 生活支援拠点登録 <input type="checkbox"/> 「その他」 _____	
	病院名 _____ 医師名 _____ 病名・服薬 _____ 通院回数 _____		
	病院名 _____ 医師名 _____ 病名・服薬 _____ 通院回数 _____	支援者が できること 福祉サービスの提案 <input type="checkbox"/> 「その他」 _____ 生活支援拠点の登録案内 <input type="checkbox"/> 成年後見制度の利用案内 <input type="checkbox"/> 介護サービスへの移行 <input type="checkbox"/>	
【親(保護者)さんが支援出来なくなった時に、支援を頼める親族や後見人。本人との関係、住所、氏名、連絡先】			
① 本人との関係 _____	氏名 _____	住所 _____	TEL _____
② 本人との関係 _____	氏名 _____	住所 _____	TEL _____
③ 本人との関係 _____	氏名 _____	住所 _____	TEL _____