

申請者の状況（緊急時）

※「緊急時」とは、普段、親等の支援に居宅で生活することができた者が、支援を行う者の疾病等により不在、その他やむを得ない理由により、居宅で生活することができない場合であり、支援が当日又は翌日に必要な場合をいう。（本人の病状悪化時等は除く。）

主たる介護者の状況	フリガナ氏名	生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日	続柄																												
	同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居																													
緊急連絡先	職業	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()																													
	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い ()																													
	心身障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 程度()																													
	介護負担度	<input type="checkbox"/> 過重 <input type="checkbox"/> 中程度 <input type="checkbox"/> 比較的軽い																													
	その他																														
利用者 の 状況	氏名	続柄等	電話番号(つながりやすい番号)	住所																											
	①																														
	②																														
利用者 の 状況	医療																														
	<p>● 定期通院医療機関 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>医療機関名</th> <th>診療科</th> <th>疾患名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>①</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>②</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>③</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>● 薬の自己管理 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 定期服薬なし お薬手帳の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>定期薬</th> <th>薬名(商品名でも可)</th> <th>服薬頻度</th> <th>処方医療機関(上記定期通院医療機関の番号を記載)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td></td> <td>朝 夕 晩 食後 食前</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td></td> <td>朝 夕 晩 食後 食前</td> <td></td> </tr> <tr> <td>③</td> <td></td> <td>朝 夕 晩 食後 食前</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				医療機関名	診療科	疾患名	①			②			③			定期薬	薬名(商品名でも可)	服薬頻度	処方医療機関(上記定期通院医療機関の番号を記載)	①		朝 夕 晩 食後 食前		②		朝 夕 晩 食後 食前		③		朝 夕 晩 食後 食前
医療機関名	診療科	疾患名																													
①																															
②																															
③																															
定期薬	薬名(商品名でも可)	服薬頻度	処方医療機関(上記定期通院医療機関の番号を記載)																												
①		朝 夕 晩 食後 食前																													
②		朝 夕 晩 食後 食前																													
③		朝 夕 晩 食後 食前																													
緊急時に 想定される サービス	障がい特性																														
	<p>(該当するものに✓してください)</p> <p>● 身体面</p> <p><input type="checkbox"/> 四肢欠損 部位 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 麻痺 部位 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)</p> <p><input type="checkbox"/> 医療的ケア <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> モニター</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p> <p>● 精神面</p> <p><input type="checkbox"/> てんかん → 服薬コントロール <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可</p> <p><input type="checkbox"/> 強度行動障害</p> <p><input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 → 服薬コントロール <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可</p> <p><input type="checkbox"/> 自傷・他害</p>																														
緊急時に 想定される サービス	<input type="checkbox"/> 短期入所	<p>① 体験入所の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 実施予定 <input type="checkbox"/> なし</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>施設名</th> <th>期間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>①</td><td></td></tr> <tr><td>②</td><td></td></tr> </tbody> </table>			施設名	期間	①		②																						
	施設名	期間																													
	①																														
	②																														
<input type="checkbox"/> 居宅介護																															
<input type="checkbox"/> 配食サービス (宅配弁当含む)																															
<input type="checkbox"/> その他																															

記載内容について、緊急時に各関係機関に提示することの同意します。