**フェイスシート**記入年月日：　　　年　月　日　　記入者　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 | | 性別 | 生年月日（年齢） | | | | | | | **特定非営利活動法人つばさの丘** | | | | | | |
| ふりがな | |  | H　　年　　月　　日生（　　　）歳 | | | | | | | 自宅電話 | |  | | | | |
| Fax | |  | | | | |
| 保護者名 | | 続柄 | 住所 | | | | | | | 携帯電話 | | (父・母) | | | | |
| ふりがな | |  | 〒　　　－ | | | | | | |
| メール  アドレス | |  | | | | |
| ふりがな | |  |
| R　　年度学校名・学年  　　　　　　　学校　　年生  ( 特別支援級・普通級 ) | | | 緊急  連絡先 | ･携帯電話と同じ  ･その他の場合（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 優先順位①  　　　②　　　　　　　　　③ | | | | | | | | | | | | |
| 家族構成  同居の場合は線で囲んでください  □男性○女性　本人は二重に（　　など） | | | | 氏　　名 | | | 続柄 | | お勤め先・学校（差し支えなければ） | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | |
| 障がい状況  ※複数の手帳を所持している場合は全て記入してください | | | ①障がい名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ②手帳の種類・身体障害者手帳【　　　級】（　　年　月　日〜　　年　月　日）  と有効期間・療育手帳【判定区分　　　】（　　年　月　日〜　　年　月　日）  ・障害者手帳　　【　　　級】（　　年　月　日〜　　年　月　日） | | | | | | | | | | | | | |
| 生活地図  学校  家 | | | | | 週の予定（日課や他の事業所、習い事など） | | | | | | | | | | | |
| 22:00  20:00  18:00  16:00  14:00  12:00  10:00  8:00  6:00 | 月 | 火 | | | | 水 | 木 | | 金 | 土 | 日 |
|  |  | | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | | | |  |  | |  |  |  |
|  |  | | | |  |  | |  |  |  |
| 利用に当っての  主な希望 | 本人の希望 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家族の希望 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家族として困っていること等 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 好きなもの  （遊び、活動、食べ物等） | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 嫌いなもの  （場面、活動、食べ物等） | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家や学校での活動・遊び | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 健康状態  （病歴、アレルギー、かかりつけ医等） | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 利用希望曜日等 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| サービス支給量  （受給者証記載内容） | | | 放課後等デイ (　　)日　短期入所 (　　)日/月　　移動支援 (　　)時間  日中一時支援 (　　)日/月　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) | | | | | | | | | | | | | |
| サービス等利用計画の作成 | | | ・セルフプラン　　・相談支援事業所を利用（事業所名：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 他の利用事業所とサービスの  種類 | | | 事業所名 | |  | | |  | | | | |  | |  | |
| ｻｰﾋﾞｽの種類 | |  | | |  | | | | |  | |  | |

アセスメント

|  |  |
| --- | --- |
| 起居・移動（家族より） | （対応者） |
| 排泄（家族より） | （対応者） |
| 食事（家族より） | （対応者） |
| 更衣（家族より） | （対応者） |
| 身辺自立（家族より） | （対応者） |
| 感覚の偏り | （対応者） |
| こだわり、パニック（家族より） | （対応者） |
| ニーズ | |
| 送迎について  迎え  送り | 自宅の大まかな場所・ランドマーク |
| その他の要望 | 備考 |