

四條畷市障がい者緊急時人員体制事業事前登録届出書

届出日： 年 月 日

登録者	フリガナ					◆家族構成
	氏名					
	生年月日	年	月	日	歳(男・女)	
	住所	〒 Tel: ()				
障害の種類・程度	① 身体障害手帳 (種 級) 障害名:					
	② 療育手帳 A・B1・B2 (有効期限 年 月まで)					
	③ 精神障害者保健福祉手帳 1級・2級・3級 (有効期限 年 月まで) その他確認書類 (診断書・自立支援医療受給者証・年金証書)					
	④ 難病 (病名:)					
医療機器等の装着・医療ケアの状況	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 (人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療養 <input type="checkbox"/> レスピレーター (人工呼吸器) <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引処置 (回数 回/日) <input type="checkbox"/> 間歇的導尿 <input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> じょくそうの処置 <input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル 等) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 膀胱洗浄 <input type="checkbox"/> 吸入 (ネブライザー) <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ <input type="checkbox"/> その他 ()					
	障害支援区分: 1 2 3 4 5 6 なし					
	主たる介護者: ※健康状態等					
	家族	氏名	年齢	本人との続柄	同居・別居	連絡先等
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	
					同居・別居	

利用サービス・支給量等	サービス種類	支給量	サービス事業所	担当者	連絡先等
	計画相談支援等	—			
	短期入所				
	グループホーム（体験利用）				
	居宅介護・重度訪問介護				
	生活介護・就労継続支援B型				
関係機関	機 関 名			担当者	連絡先等
	生活保護				
	医療機関				
想定される緊急対応の内容					
その他・備考					

※ 本届出に伴い緊急時の対応を検討する際に、私が契約している以外の事業所職員を参加させる必要がある場合は、届出に記載した情報等を共有することに同意します。

氏 名 _____

代理人（家族） _____

代 筆 _____

代理届出者	事業所名	担当者名	連絡先