

2023年度 わくらす武蔵野「体験入所」等申込書

受付番号:

令和5年 月 日

() わくらす武蔵野の体験入所に申し込みます

利用希望者氏名 (印) 親及び後見人等氏名 (印)

| | | | | | |
|--------------------|----------------------------------|------|------|--------|----------------|
| 氏名 | | | | | |
| 生年月日・年齢 | 年 | 月 | 日 | (歳) | (男 ・ 女) |
| 住所 | | | | | |
| 連絡先 | 固定電話 | () | 携帯電話 | () | |
| 通勤・通所先 | 名称: | | | | |
| | 住所: | | | | |
| 障害支援区分 | 3 | 4 | 5 | 6 | (該当に○をつけてください) |
| 愛の手帳 | 1度 | 2度 | 3度 | 4度 | (該当に○をつけてください) |
| 身体障害者手帳 | 1級 | 2級 | 3級 | 4級以上 | (該当に○をつけてください) |
| 心身障害者医療費助成制度 | (障) の (対象になっている ・ 対象になっていない) | | | | |
| 新型コロナウイルスワクチン接種の有無 | 1回接種 | 2回接種 | 3回接種 | 4回以上接種 | 未接種 |

<健康状態、その他配慮すべきことがあればお書きください。>
 ※定期通院先がある場合には、通院先の病院名と通院の理由をお書きください。
 ※定時服薬がある場合は、薬局で渡された「服薬の説明書」を添付してください。

<洗面・入浴・トイレなど日常生活の様子必要な支援をお書きください。>

生活の様子

- 洗面、整容
- 入浴
- 排泄
- その他、必要な配慮事項(共同生活をする上で心配なこと)

<食事生活や食事介助について、必要な支援をお書きください。>

(食物アレルギーはありますか? ○をつけてください 有り 無し)
(「有り」に○をつけた方にお聞きします。) アレルギー症状の原因となる食材は何ですか?

<コミュニケーション(ご自分の気持ち、要求等をどのようにして伝えていますか?)>

生活
の様
子

<ご家庭での過ごし方>

●起床から通所するまで

●帰宅から夕食まで

●食後から就寝まで

●就寝について

(寝つくまでの様子、どなたと一緒に眠られているか、あるいは必要な支援についてお書きください)

(時刻をお書きください。 就寝 時頃、起床 時頃)

同居家族の状況(関係・年齢をお書きください。)

(記入例:①父55歳、②祖母80歳)