

2024年度 わくらす武蔵野「体験入所」申込書

受付番号:

年 月 日

利用希望者氏名

⑩

家族及び後見人等氏名

⑩

フリガナ	
氏名	
生年月日・年齢	年 月 日 (歳) (男 ・ 女)
住所	(〒)
連絡先	ご自宅固定電話 ()
	携帯電話 () 続柄 ()
通勤・通所先	名称:
	住所:
障害支援区分	未申請 1 2 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)
生活の様子	<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。発作のある場合は詳細をお書きください。
	<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。> ●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)

生活の様子	<p><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。></p> <p>(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?</p>
	<p><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?)></p>
	<p><行動面において特別な配慮を要する支援をお書きください(自傷・他害行為・大声・異食多飲・性的不適切行為等)></p>
	<p><ご家庭での過ごし方></p> <ul style="list-style-type: none"> ●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
	<p>●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)</p> <p>(時刻をお書きください。 就寝 時頃、起床 時頃)</p>
<p>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)</p>	
<p>志望動機</p>	
<p>短期入所など宿泊体験の有無に、チェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>その他()</p>	