

居住支援ユニットリエゾン「武蔵野市チャレンジ自立生活体験」申込書

受付番号:

年 月 日

利用希望者氏名

㊞

家族・後見人等氏名

㊞

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 ()
	ご本人の連絡先 ()
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	㊞ の (対象になっている ・ 対象になっていない)
生活の様子	<p><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。></p> <p>●服薬の有無 <input type="checkbox"/>ある <input type="checkbox"/>ない <small>※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。</small></p> <p>●感染症対策（館内でのマスク着用、手指消毒など）について <input type="checkbox"/>可能 <input type="checkbox"/>要支援</p> <p>●健康状態について <small>※定期通院がある場合には、通院の理由をお書きください。 <small>※発作のある方は詳細をお書きください。</small></small></p>
生活の様子	<p><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。></p> <p>●洗面、整容</p> <p>●入浴</p> <p>●排泄</p> <p>●その他、必要な配慮事項(共同生活をする上で心配なこと)</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。>

●食物アレルギーについて ある ない
(「ある」にチェック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 ※通所や通勤方法もお書きください。

●帰宅から夕食まで

●食後から就寝まで

●就寝について (時刻をお書きください。 就寝 時頃、起床 時頃)
※寝つくまでの様子、必要な支援と、覚醒時の過ごし方についてお書きください

●情緒面について(配慮が必要なことがあればお書きください)

●おひとりでの過ごし方について

自立 要支援(必要な支援:)

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)

志望動機

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。

ある ない その他()