

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

年 月 日

利用希望者氏名

⑩

家族・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	()
	ご本人の連絡先	()				
通勤・通所先	名称：					
	住所：					
相談支援事業所						
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)	
健康面	①服薬の有無 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ※定時服薬がある場合は、薬局で渡された「服薬の説明書」を必ず添付してください。					
	②感染症対策について 館内でのマスク着用 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 要支援 手指消毒 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 要支援 ③健康状態について 配慮すべきことがあればお書きください。 ※定期通院がある場合には、通院の理由をお書きください。 ※発作のある方は詳細をお書きください。					
④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)						
⑤志望動機						
⑥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。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他 () ※ある方は今までの宿泊の場所と、おおよその経験回数はわかればお書きください。						

裏面もご記入ください。

⑦<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

⑧食事 自立 一部介助 全介助

必要な支援（例：食形態を刻み食で提供する、介助を行う等）

※食物アレルギーはありますか？ ある(原因となる食材：) ない

⑨入浴 自立 一部介助 全介助

必要な支援（例：入浴中の見守り、洗髪等の仕上げ、タオルでの拭き上げ等）

⑩排泄 自立 一部介助 全介助

必要な支援（例：拭き上げが不十分で仕上げが必要等）

⑪洗面・整容・口腔ケア 自立 一部介助 全介助

必要な支援（例：歯磨きや髭剃り等に仕上げを行う等）

⑫就寝時間（就寝： 頃、起床： 頃）

※夜間の就寝状態について 安定している 不安定

眠れない時に対応が必要なことがあれば記入してください。

⑬登所方法 自立 通所先の送迎を利用している。 ご家族で送迎している。

※リエゾンでは送迎は行いません。

⑭コミュニケーションについて(ご自分の気持ち、要求等をどのように伝えますか?)

⑮情緒面について

安定している 配慮が必要(自傷・他害・破壊行為等)

情緒が安定しない時に必要な配慮があれば記入してください。

⑯居室での過ごし方について

一人で過ごすことができる 要支援

一人で過ごせない時に普段行っていることを教えてください。

⑰その他、必要な配慮事項(共同生活をする上で心配なこと等)