

利用希望者氏名



家族及び後見人等氏名



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	未	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	<input checked="" type="radio"/> 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。					
	<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)					

<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)