

入所希望受付情報書

記入日

氏名(フリガナ)		性別	生年月日	年齢	住所			
障害名		障害程度区分		手帳の種類	種別等級	交付年月日		
				身体障害者手帳	種 級			
				愛の手帳	度			
				精神障害者保健福祉手帳	級			
身元保証人(関係)		電話番号		障害担当行政	区・市 担当者ケ-ス-カ-			
				住所				
家族等の状況								
続柄	氏名	年齢	職業	電話番号	住所			
				経済的状況				
				本人の収入:		障害年金 ・ 生活保護		
				家族の収入:				
				備考				
医療保険								
被保険者		障害者医療		医療扶助	備考			
本人 ・ 扶養		無 ・ 有		無 ・ 有				
生活歴								
既往歴				現症状				
健康状態								
身体の状態		血圧	身長・体重	口腔について留意事項		精神の状態・発作など		
身体障害の状況		精神障害の状況		知的障害の状況				
補装具等								
視覚の状況 視覚障害(無・有) 障害名:		聴覚の状況 聴覚障害(無・有) 障害名:		コミュニケーションの状況		言語障害(無・有) 障害名:		
左目		左耳		受信				
右目		右耳		発信				
眼鏡使用等		補聴器使用等		文字盤使用等				
受診状況	疾患名・診断名		医療機関名	科目	頻度	通院介助の必要性	服薬管理の必要性	備考
					週 月 週 月	要 ・ 不要	要 ・ 不要	
						要 ・ 不要	要 ・ 不要	
処方薬他								
日常生活動作	排泄	排尿: 自立・一部介助・全介助 排便: 自立・一部介助・全介助		介助の内容・その他留意事項				
	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		介助の内容・その他留意事項				
	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		介助の内容・その他留意事項				
	更衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		介助の内容・その他留意事項				
	移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		介助の内容・その他留意事項				
	整容	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		介助の内容・その他留意事項				
援護の実施者からの連絡事項								
						記入者:		
						TEL:		