

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 | | | | |
| 障害の内容 | | | | 障害支援区分 | 手帳の種類 | 種別等級 | 交付年月日 | |
| | | | | | 身体障害者手帳 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳 | (総合) 等級 級 度 級 | | |
| | | | | 障害担当行政 計画相談 | 区・市 担当者 ケ-ル -カ- : 事業所名 : 担当者名 : | | | |
| 身元保証人(関係) | | 電話番号 | | 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 | 要 ・ 不要 | 要 ・ 不要 | | |
| | | | | 週 月 | 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等 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | 記入者 : TEL : | |