

<入所面接時必要書類> (記入日) 年 月 日 (記入者) ( ) (本人との関係) ( )

氏名	生年月日 (男・女) 年 月 日 才 (昭和・平成)				
住所	〒 ー (電話番号) ( ) ー				
手帳	原傷病名			介護保険	無・申請中・有 介護度：
	療育手帳	無・有 ( A・B1・B2 ) 年 月 日(交付)			
	身体障がい者手帳	種 級 (昭和・平成・令和) 年 月 日(交付)	手帳番号	( )県・府・区 (番号)	
	障がい名				
	精神保健福祉手帳	無・有 級 / 手帳番号： 年 月 日(交付)			
家族構成	続柄	氏名	年齢	職業	同居・別居(別居の場合は住所を記載)
経済面	収入:障がい基礎年金・障がい厚生年金・その他( ) 受給中・申請中・未加入 生活保護 ( 受給中・申請中 ) 傷病手当 ( 受給中・申請中 ) 給料・その他( ) 収入の合計金額(およそ) 円				
健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 組合保険 <input type="checkbox"/> 共済( ) <input type="checkbox"/> その他( )				
緊急連絡先(優先順位で記入)	① 氏名	続柄	TEL ①	②	
	② 氏名	続柄	TEL ①	②	
	③ 氏名	続柄	TEL ①	②	
現在の状況	1 在宅 2 福祉施設 3 医療施設 4 その他 施設・病院名 ( )				
病歴	発症 ( 昭和・平成・令和 ) 年 月 日 (搬送先病院: 病院)				
	( 昭和・平成・令和 ) 年 月 日 病院 ( 入院・通院)				
	( 昭和・平成・令和 ) 年 月 日 病院 ( 入院・通院)				
	( 昭和・平成・令和 ) 年 月 日 病院 ( 入院・通院)				
	( 昭和・平成・令和 ) 年 月 日 病院 ( 入院・通院)				
生育歴	生まれ	( 府・県 ) 市出生			
	学歴 (わかる範囲で記入下さい)	( 昭和・平成・令和 ) 年 中学校卒業 ( 市)			
		( 昭和・平成・令和 ) 年 高校 科卒業			
		( 昭和・平成・令和 ) 年 (短大・大学・専門学校) 学部卒			

職業歴	現在の状況： 1. 休職中（休職期限： 年 月 日 まで） 2. 退職	
	（昭和・平成・令和） 年 月 日 入社 会社名：	
	（昭和・平成・令和） 年 月 日 入社 会社名：	
	（昭和・平成・令和） 年 月 日 入社 会社名：	
住宅環境	持ち家・借家（市営・公団・民間）	
	一戸建て・文化住宅・マンション（ 階建て 階）	
	エレベーター（有・無）	
	風呂（有・無）	
身体機能状況	住宅改修（有・無）／改修部分（ ）	
	○：ほとんど一人でできる／△：部分介助／×：全面介助 （ ）内には介助している内容をお書き下さい	
	洗面（ ）	
	更衣	着（ ）
		脱（ ）
	食事（ ）	
	入浴（ ）	
	トイレ	大（ ）
		小（ ）
	歩行	屋内（ ）
		屋外（ ）
車いす操作	屋内（ ）	
	屋外（ ）	
移乗（ ）		
補装具使用状況（短下肢・杖・その他）（ ）		
嚥下機能状況	食事・嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃まで運ぶこと）の状態についてお聞きます。	
	食事の形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> その他（
	食事中にむせることがありますか	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし
	お茶を飲むときにむせることがありますか	<input type="checkbox"/> よくある <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし
	薬はどのように飲んでいますか	<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> とろみ水 <input type="checkbox"/> 服薬ゼリー
	義歯は使用されていますが	<input type="checkbox"/> 使っている（ <input type="checkbox"/> 合っている <input type="checkbox"/> 合っていない） <input type="checkbox"/> 使っていない
	誤嚥性肺炎と診断されたことがありますか	<input type="checkbox"/> 繰り返し <input type="checkbox"/> 一度だけ <input type="checkbox"/> ない
その他、食事・飲みこみについて何かあればご記入ください		

行動面	他者への暴力・暴言	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし
	家族への暴力・暴言	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし
	物を壊す、投げる	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし
	無断外出	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし
	窃盗(盗癖)	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> なし
施設利用及び、入所に際し、気をつけてほしいこと、注意する点があればお書き下さい				
主に本人を支援する人 ( ) 本人との関係 ( ) (キーパーソン)				
外泊について	週末：毎週末可能・隔週での外泊が可能・月1度の外泊が可能 長期休み(GW、年末年始等)の外泊：可能・日程調整のうえで可能・不可 その他ご要望あればご記入下さい ( )			
センター退所後の希望する生活があればお書き下さい				
その他何かありましたらお書きください				