

利用者基本情報

年 月 日

ふりがな 本人氏名	☐ 男 ☐ 女		【ニックネーム】	
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)			
住所	〒		TEL FAX	
保護者名		携帯 TEL		その他の緊急連絡先(関係) (関係)
		携帯 TEL		
通学先	名称			☐ 小 ☐ 中 ☐ 高 (年 組)
利用中の 福祉サービス (放デイ等)				
療育手帳	☐ A ☐ B1 ☐ B2	身体障害者手帳		種 級
主症状	☐ 知的障害 ☐ 自閉症 ☐ ダウン症 ☐ 情緒障害 ☐ 難聴 ☐ 視力障害 ☐ 身体障害			
	名称	()		その他 ()
	発作	(有 ・ 無)		

現在の本人 の健康状態	① 平常体温 : (°C) ② 排便 : ☐ 規則的 ☐ 不規則的 ③ 常用薬 : (☐ 有 ☐ 無) 服用時期・回数 (☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜 回) ④ 下痢 : (☐ しやすい ☐ しにくい) ⑤ 乗り物酔い : (☐ 有 ☐ 無) 乗り物酔いの薬 ☐ 飲む ☐ 飲まない			
既往症	病歴	年 月 年 月 年 月 年 月		
		☐ 心臓病 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病 ☐ 気管支炎 ☐ 喘息 ☐ てんかん ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ 花粉症 その他 ()		
		アレルギー 有 ・ 無		
	食物 : 薬物 : その他 :			
	けいれん及び発作症状の対処方法			
	その他 (健康状態などで留意してほしい点など)			
掛かりつけ の医療機関	名称		科目 TEL	主治医
	名称		科目 TEL	主治医

家族構成		ご家族の勤務先
		①(本人との関係：)(緊急時連絡：) 名称： TEL：
		②(本人との関係：)(緊急時連絡：) 名称： TEL：
※支障のない程度でご記入をお願い致します。 ※緊急時、緊急連絡先への連絡が繋がらない場合、勤務先への連絡を行う場合がございます。勤務先への連絡が可能な方は○、不可能な方は×を記入して下さい。		

コミュニケーション	本人からの発信		その他(要望・こだわり・留意点など)
	他者からの受信		
身辺処理	衣服着脱行為	介助の必要性 (☐ 有 ☐ 無) 事前準備(表裏・前後)の必要性 (☐ 有 ☐ 無) チャック・裾入れ等の介助 (☐ 有 ☐ 無)	
	排泄行為	介助の必要性 (☐ 有 ☐ 無) 声掛け・誘導の必要性 (☐ 有 ☐ 無) 拭き取りの介助 (☐ 有 ☐ 無)	
	食事行為	介助の必要性 (☐ 有 ☐ 無) 食事時の用具 (☐ 箸 ☐ スプーン ☐ その他) 偏食の有無 (☐ 有 ☐ 無) 好きな食べ物 (☐ 有 ☐ 無) 嫌いな食べ物 (☐ 有 ☐ 無)	

視覚・聴覚	視覚	支障 (☐ 有 ☐ 無)	その他(要望・こだわり・留意点など)
		メガネの有無 (☐ 有 ☐ 無)	
	聴覚	支障 (☐ 有 ☐ 無)	
		補聴器の有無 (☐ 有 ☐ 無)	
移動	公共の乗物	電車の乗車 (☐ 可 ☐ 不可)	
		バスの乗車 (☐ 可 ☐ 不可)	
		その他 (☐ 可 ☐ 不可)	
	屋外	信号の理解 (☐ 可 ☐ 不可)	
		危険(車等)の理解 (☐ 可 ☐ 不可)	
		飛び出しの有無 (☐ 有 ☐ 無)	
		手をつなぐ事が出来るか (☐ 可 ☐ 不可)	
	その他外出・移動時に注意する点		
	趣味	好きなこと ()	その他(要望・こだわり・留意点など)
()			
()			
嫌いなこと ()			
()			
社会参加(習い事など)	今現在していること		
	今後考えてること		
本人の交友関係	人とのかかわり (☐ 有 ☐ 無)	その他	
	友達 (☐ 有 ☐ 無)		
	近所付き合い (☐ 有 ☐ 無)		

保護者が感じる 負担やストレス		
家族・兄弟関係 などの情報		
記入者の 相談相手の有無	(☐ 有 ☐ 無)	有の場合 その相談者は主に誰か ()
家族・本人の要望・希望するサービス		
【家族】		
【本人】	※聞き取りが可能な範囲で記入をお願いします。	
今後本人に臨む成長		
【1年後】	【半年後】	
対応者の総合所見(注意すべき点・気になる点・長期目標の設定など)		
※事業所職員が記入致しますので、記入は必要ありません。		