

| | | | | | | |
|----------------------------|---------------------|------------|----|----------------|-----|---|
| ふりがな | | 生年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| 氏名 | | 年齢 | | (歳) | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| | 電話番号 | - | - | | | |
| | FAX | - | - | | | |
| 手帳 | 身障手帳 | 種 | 級 | *障がい名 | | |
| | 療育手帳 | A | B1 | B2 | | |
| | 精神福祉手帳 | 1級 | 2級 | 3級 | | |
| 生活歴 | | | | | | |
| 病歴 | 年 月 | 事 項 | | 年 月 | 事 項 | |
| | | | | | | |
| 障がい歴 | | | | | | |
| | | | | | | |
| 身体状況 | 麻痺 (有 ・ 無) | | | 【特記事項】 | | |
| | 四肢麻痺 | | | (言語・聴覚・視覚・その他) | | |
| | 片麻痺 | | | | | |
| | (右 ・ 左) | | | | | |
| | その他 | | | | | |
| | 座位保持 | (可 ・ 不可) | | | | |
| | 立位保持 | (可 ・ 不可) | | | | |
| | 起立 | (可 ・ 不可) | | | | |
| 更衣 | (自立 ・ 一部 ・ 全介助) | | | | | |
| 移動 | (歩行 ・ 車椅子) | | | | | |
| | (自立歩行 ・ 介助歩行) | | | | | |
| | (手動式車椅子 ・ 電動式車椅子) | | | | | |
| | その他 | | | | | |
| (身辺処理・言語理解・人間関係・その他特徴的行動等) | | | | | | |
| 日常生活能力 | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------|---|----|----|--------------|--------|------|
| 家族の状況 | 〔家族構成〕 *年齢・主介護者・他の介護者・インフォーマルサービス等記入 *同居者は(実線)で表示 | | | | 〔家族関係〕 | |
| | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 職業・学校 | 同居・別居 | 特記事項 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 保険の種類 | 社会保険 (本人 ・ 家族) 国民保険 (本人 ・ 家族) 自費 生活保護 その他 | | | 〔医療機関利用状況〕 | | |
| 障がい者医療 | 育成医療 更生医療 精神通院 その他 | | | 〔服薬状況〕 | | |
| 利用している 制度・サービス | 制度・サービス内容 | | | 利用開始時期・事業所名等 | | |
| | | | | | | |
| 緊急時の 連絡先 | 利用者の家族等及び当該利用者が利用する障がい福祉サービス事業者、医療機関等 | | | | | |

| | |
|--------------|--|
| 居住地付近 の状況 | |
| 家屋の 見取り図 | <p>持ち家 その他 ()</p> <p>*トイレ・浴室位置や形状、玄関、道路までのアクセスや段差等を記入</p> |

