中区障害者地域活動ホーム

一時ケア・ショートステイご登録質問票

ご登録ありがとうございます。一時ケア・ショートステイをご利用いただくにあたり、ご本人の事をよりよく理解するために、差し支えない範囲で結構ですので、ご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録の理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ご本人のお名前 | | | | | | | ご記入される方のお名前 | | | | | | | | | | | |
| ふりがな  名前 |  | | | | | | ふりがな  名前 | | | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日（　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男・女 | | |
| 所属 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 自宅 | | | | | | | | 携帯電話 | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 1. 名前　　　　　　　　　　　ご本人との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 名前　　　　　　　　　　　ご本人との関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ご本人についての情報 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる疾病  （診断名） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手帳種類 | 有　　無 | | | 身 　 体 　 手 　帳　　（　　　種　　　級） | | | | | | 療育手帳　　　　（A1. A2. B1. B2） | | | | | | 精神手帳 （1級・2級・3級） | | |
| 障害支援区分  （18歳以上の方） | **12345** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険 | 国保（本人・家族）　**・**　　社保（本人・家族）　**・**医療扶助（生活保護） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる収入 | 給与　・　年金（　　　）　・　労災　・　生活保護 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族構成・状況 | 氏名 | | | | | 生年月日 | | | | 続柄 | | 同居・別居 | | | | | 職種・学年 | |
|  | | | | |  | | | |  | | 同　・　別 | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | | 同　・　別 | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | | 同　・　別 | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | | 同　・　別 | | | | |  | |
|  | | | | |  | | | |  | | 同　・　別 | | | | |  | |
| 服薬 | 有　　無 | | 例）服薬内容、種類、服薬時間、留意点等 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療的ケア | 有　　無 | | 例）熱がこもりやすい、激しい運動は危険、高血圧のため入浴はシャワー対応等 | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー | 有　　無 | | 例）留意事項・対応方法等 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 禁食 | 有　　無 | | 例）食べてはいけないもの（薬の関係やアレルギーなど） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発作 | 有　　無 | | 例）発作の状態、発作の頻度、しばらく発作がない方は最後の発作はいつか、留意事項等 | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他配慮事項 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の生活 | 月 | 火 | | | 水 | | | 木 | | | | | 金 | | 土 | | | 日 |
| 【日中】  通所先  学校  など |  |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  |
| 【放課後】  児童デイ  ヘルパー  など |  |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  |
| 利用している  相談サービス | 例）計画相談事業所、区役所の担当ケースワーカー、児童相談所 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他利用しているサービス | 例）他区地域活動ホーム、移動サービス、短期入所、訓練会、児童デイ、放課後デイサービス等 | | | | | | | | | | | | | | | | | |