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 |