

面談・更新日		年		月		日		対応者				障害名				支援区分									
本人氏名		ふりがな（						性別		男		女													
生年月日		昭和・平成		年		月		日		（満		歳）		療育手帳		A2		A1		B2		B1		無	
住所		〒										手帳番号				発行地区									
電話		（自宅）				（携帯）						身障者手帳		級		（				無					
保護者氏名								生年月日		S・H		年		月		日		手帳番号				発行地区			
住所		〒										障害基礎年金		級受給・受給なし											
電話		（自宅）				（携帯）						生活保護		受給・受給してない											
本人との関係		緊急連絡先：						メールアドレス：						支給地区											
家族構成	氏名		続柄		年齢		健康状態		就労		連絡先・TEL		職種		家族構成図										
									有 無				会社員・パート・アルバイト その他（												
									有 無				会社員・パート・アルバイト その他（												
									有 無				会社員・パート・アルバイト その他（												
									有 無				会社員・パート・アルバイト その他（												
									有 無				会社員・パート・アルバイト その他（												
									有 無				会社員・パート・アルバイト その他（												
									有 無				会社員・パート・アルバイト その他（												
家族	主たる介護者																								
	介護上の 問題点																								
	家族関係																								
	外泊頻度																								

[illegible]

	項目	介護度			備考(詳細記入欄)		項目	介護度			備考(詳細記入欄)
A D L (日常生活動作)	食事	自立	一部 介助	全介助		A D L	髭剃り	自立	一部 介助	全介助	
	排泄	自立	一部 介助	全介助			生理	自立	一部 介助	全介助	
	着脱	自立	一部 介助	全介助		社会生活能力	金銭 感覚	自立	一部 介助	全介助	
	移動	自立	一部 介助	全介助			買物	自立	一部 介助	全介助	
	整容 姿	自立	一部 介助	全介助			小遣 管理	自立	一部 介助	全介助	
	洗面	自立	一部 介助	全介助			外出	自立	一部 介助	全介助	
	入浴	自立	一部 介助	全介助			交通 機関	自立	一部 介助	全介助	
	就寝 準備	自立	一部 介助	全介助			掃除	自立	一部 介助	全介助	
	歯磨き	自立	一部 介助	全介助			洗濯	自立	一部 介助	全介助	
	爪きり	自立	一部 介助	全介助			料理	自立	一部 介助	全介助	
	耳垢 取り	自立	一部 介助	全介助			電話 利用	自立	一部 介助	全介助	

身体的特徴	項目	状態	特記事項	行動特性	性格・感情・情緒	
	身長	cm			行動障害（自傷・他害・破壊等）	
	体重	kg				
	視力	右（ ） 左（ ）				
	眼鏡使用	有 ・ 無				
	聴力	異常なし 大声なら聞こえる 聞こえない				
コミュニケーション	会話	可 ・ 不可		対人関係・性意識		
	意思表示	言葉 身振り 行動 その他				
	言葉	有（明瞭・不明瞭） 無し				
	言語理解	可能 ほぼ理解可能 殆どできない 不可				
	読字	可（漢字・ひらがな カタカナ・数字） 不可				
	身体不調訴え	自ら訴え可 表情等で判断可 判断不可				
作業能力	作業	能力	指導しても何も出来ない 指導すれば簡単な用事などではできる 指導や監督のもとで簡単な作業ができる 指示されなくても自身で判断して作業を行うことができる	こだわり		
		備考				
	集中力		その他			

医療面	既往歴	病名		期間		病院名		備考		睡眠	起床		時		就寝		時				
											睡眠状況										
	てんかん	症状		有 無								保健衛生	飲酒		無・有（頻度・量）						
		投薬		有 無									たばこ		無・有（1日の本数）						
		発作	有 無	頻度：									食べ物		好物： 嫌物：						
				様子：									アレルギー		無 有（）						
	通院先	病院名		科		主治医名		治療内容		通院日		連絡先		注意事項	食事制限		無 有（）				
												平熱			℃		血圧平均				
	通院状況		単独通院 ・ 一部介助（随時チェック） ・ 全面介助（要付添）																		
	服薬		有 ・ 無		薬管理		自立 一部介助 全面介助														
	感染症等		有 無		※有の場合（																
処方内容	朝		昼		夕		眠		頓服		本人の希望										
その他注意事項	※医療に関する注意事項です。必ず記入お願いします。特になしの場合は『特になし』と記入下さい。																				
	家族の希望																				

[illegible]

氏名

生年月日

好きな事

嫌いな事

顔の写真(上半身)

※証明写真でなくてもよいです。

全体写真

※証明写真でなくてもよいです。