

愛知県青い鳥医療療育センター 入所予約申込書

記入日： 年 月 日

受付日： 年 月 日

| | | | | | | | |
|------------------|---|-----|---------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ふりがな | | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 |
| 申込者本人 | | | | <input type="checkbox"/> 女 | | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 記入者 | | | 続柄 | | 自宅電話 | | |
| 連絡先住所 | | | | | 携帯電話 | | |
| 入所希望理由 | | | | | | | |
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 空床ができた時 <input type="checkbox"/> (年 月頃) | | | | | | |
| 障害支援区分 | 区分(1・2・3・4・5・6) 療養介護 <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 身障手帳 | 級 (障害名) | | | 療育手帳 (愛護手帳) | A・B・C (1・2・3・4・5・) | | |
| 就学の状況 | | | | | | | |
| 通所事業所等の 利用状況 | | | | | | | |
| 家 族 構 成 | 続柄 | 氏 名 | 生 年 月 日 | 職 業 | 備 考 | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

身体の状況

| | | | |
|----------------|---|------|--|
| 病名および 障害の原因 | 基礎疾患： (診断を受けた医療機関 病院/診断日 年 月) | | |
| 現在の通院機関 | 病院名： 主治医： | 診療科： | |
| 治療歴および 手術歴 | | | |
| 内服薬 | | | |
| 身長・体重 | Cm Kg (年 月 測定) | | |
| 食事 | 経口摂取 (普通食・きざみ・ミキサー) 水分 (とろみあり・とろみなし) 食べ方 (自立・全介助・半介助) 経管栄養 (経鼻胃管・胃ろう・その他 ;) 注入内容 (回数 ;) | | |

