

愛知県青い鳥医療療育センター 短期入所申込書

年 月 日記入

ふりがな 本人氏名		性別		生年月日	昭・平 年 月 日
保護者氏名		続柄		職業	
保護者住所	〒			電話番号 携帯番号	
居宅受給者証 支給決定期間	年 月 日 から 年 月 日			支給量	／月
				利用負担額	月額 円
障害支援区分	区分1 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6 重心児 療養介護				

本人の身体及び障害の状況

身体状況	身長	cm	体重	kg	年 月現在
姿勢	寝たきり・座れる・膝立ち・つかまり立ち・立位・その他（ ）				
移動	移動できない・半寝返り・寝返り・背這い・腹這い・四つ這い・いざり・膝歩き・伝い歩き・支え歩き・車椅子・歩行器・杖・独歩（不安定・安定）・（ ）				
衣服の着脱	自立・全介助・半介助（ ）				
排泄の状況	オムツ使用・尿器・トイレ介助（ ） 排尿（ 回/日）・排便（毎日・ 日に1回）・便秘時（ ）				
食事	形態：普通食・きざみ（ミックス・ジグザグ大・米粒大）・ペースト状・経口栄養剤・（ ） 水分：そのまま飲める・トロミ付（ ）・ゼリー状・その他（ ） 介助：自立・全介助・半介助（ ） 経管栄養：胃瘻・経鼻栄養・経腸栄養（注入内容 ）				
言語又はサイン	なし・あり（ ）				
感情の表出	なし・あり（ ）				
行動・くせ等	異食・大声・多動・自傷・他害・その他（ ）				
看護上特記すべきこと					
身障手帳	級（障害名 ）				
療育(愛護)手帳	A・B・C （1・2・3・4・5）				
就学状況	学校・養護学校 年				
通所事業所等 福祉サービス利用					
その他					

医学的所見等

病名（及び障害の原因）	基礎疾患がわかれば明記（ 年 月 病院診断）
医療機関受診歴	
現在の通院機関	病院 科 主治医：
主要な状況	呼吸障害：なし・あり（気管切開・鼻管チューブ・ ） けいれん発作の状況：なし・あり 薬でコントロール 良好・不良 発作頻度（ 回／年・月・週・日）
服薬の状況	薬品名 投薬回数
その他医療上特記すべきこと	（例 アレルギー、最近の入院歴、発熱時の対応 等）

その他

	氏名	続柄	生年月日	同居・別居	備考（勤務先・学校等）
家族構成					
緊急時の連絡先及び連絡方法	連絡先 氏名 住所 電話番号 その他 続柄（関係） （ご自宅にご在宅者が見えれば記入を省略しても結構です。）				
その他					