

調 査 票

障がい福祉課宛て

日常生活について記入し、「体験的宿泊支援事業利用申請書」と一緒にご提出ください。

● 障がいをお持ちの方ご本人について記入してください。

記 入 日		令和 年 月 日		記入者氏名			
本 人	ふりがな 氏名			男 ・ 女	生年月日	H・R 年 月 日 (歳)	
	住所						TEL
	身体障がい者手帳	障がい名:					
		等 級	種 級				
	療育手帳	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2					
	精神保健福祉手帳	1級 ・ 2級 ・ 3級					
	診断名						
	学校名						
身 長	cm		体 重		kg		

● ご家族について記入してください。

保 護 者	氏名			続柄		男 ・ 女	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)
	住所	※本人と同居の場合は記入省略可						
	連絡先							
(保 護 者 に つ い て も 記 入 し て く だ さ い)	続柄	氏 名	年 齢	職業・学校等	同居・別居	介護力及び特記事項		
					同 ・ 別	常時・時々・昼のみ・夜のみ・無		
					同 ・ 別	常時・時々・昼のみ・夜のみ・無		
					同 ・ 別	常時・時々・昼のみ・夜のみ・無		
					同 ・ 別	常時・時々・昼のみ・夜のみ・無		
					同 ・ 別	常時・時々・昼のみ・夜のみ・無		
					同 ・ 別	常時・時々・昼のみ・夜のみ・無		
					同 ・ 別	常時・時々・昼のみ・夜のみ・無		
主に介護を 行う方につ いて記入し てください	本人との続柄: 年 齢: 心身の状況: 良好 ・ 不良 () 生活状況等(就労状況等を記入):							

● 該当の有無に○をつけてください。有の場合はその内容を記入してください。

使用している福祉道具はありますか。	無	有 ()
訪問看護等を利用していますか。	無	[市保健師、訪問看護ステーション] 氏名: 有 1 定期的に訪問(回/週・ 回/月) 2 必要に応じて受けている
障がい福祉サービス以外で利用しているサービスはありますか。	無	有 児童発達支援() 放課後等デイサービス() その他()

● 障がいをお持ちの方の環境について、あてはまるものにチェック、記入してください。

住 宅	☐ 一戸建て ☐ 集合住宅(階)	
居 室	☐ 専用居室あり(階) ☐ 専用居室なし	支障 ☐ なし ☐ あり()
ト イ レ	☐ 和式 ☐ 洋式	支障 ☐ なし ☐ あり()
浴 室	☐ あり ☐ なし	支障 ☐ なし ☐ あり()
利用可能な交通手段	☐ バス ☐ JR ☐ 東武鉄道 ☐ タクシー ☐ 自家用車 ☐ 自転車 ☐ その他() ☐ なし	

● 医療機関利用状況について記入してください。

病院名	受診科目	疾患名	頻度	病院までの時間	
					通院・往診・薬
					通院・往診・薬
					通院・往診・薬
					通院・往診・薬

※本人と同居の場合は記入省略可

住所

連絡先

項 目	内 容	頻度
☐ 無	※医療的ケアを必要としない	
☐ 人工呼吸器の管理		
☐ 酸素吸入		
☐ 気管切開部の衛生管理		
☐ ネブライザーによる吸入		
☐ たん等の吸引	☐ 口腔・鼻腔内吸引	回/時間
	☐ 気管内吸引	回/時間
☐ 経管栄養	☐ 経鼻経管栄養	時間毎
	☐ 胃ろう	時間毎
	☐ 口腔ネトラン法	
	☐ その他()	
☐ 導尿	☐ 自己導尿の補助	回/日
	☐ 導尿の実施	回/日
☐ その他		

● あてはまるものに○またはチェックをつけてください。

寝返り(体位変換)	1 可	2 物につかまれば可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項 ☐ 普通ベッド ☐ 介護用ベッド ☐ ふとん				
	特記事項				
起き上がり	1 可	2 物につかまれば可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項				
衣服着脱	1 可	2 配慮があれば可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項 ・脱げるが着られない ・簡単な衣服の着脱可能 ・部分的に介助が必要 ・着られるが点検が必要				
食 事	1 可	2 配慮があれば可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項 ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ きざみ ☐ 流動食 (☐ 咀嚼困難有 ☐ 嚥下困難有)				
	特記事項 ・手づかみ ・スプーンで食べる ・箸を使うがこぼしてしまう ・飲み込んだかどうかの確認等が必要 ・食べやすいように一口ずつセットすれば自力で食べられる				
排せつ	1 可	2 時間がかかるが可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項 ☐ 洋式 ☐ 和式 ☐ おむつ ☐ ポータブル ☐ 摘便(排尿 回/日、排便 回/週)				
	特記事項 ・定時排せつ ・大便・小便が訴えられないため、おむつ使用 ・訴えあるが介助が必要 ・用便できるが紙を使えない ・ひとりで可能だが不完全				
入 浴	1 可	2 物につかまれば可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項 ☐ 入浴 ☐ シャワー浴 ☐ 清拭 (☐ 普通風呂 ☐ 特殊浴槽)				
	※本人と同居の場合は記入省略可				
	住所				
	連絡先				
洗 髪	1 可	2 見守り声かけで可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項				
整 容	1 可	2 見守り声かけで可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項 ・自分で歯磨きができるが、歯ブラシに歯磨き粉をつける介助が必要 ・うがいができない				
起床・就寝	1 可	2 見守り声かけで可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項				
調理(後片付け)	1 可	2 福祉用具使用で可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項				
洗 濯	1 可	2 福祉用具使用で可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項				
掃 除	1 可	2 福祉用具使用で可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項				
整理整頓	1 可	2 福祉用具使用で可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項 ・衣服をたたむことができる ・洗濯物の仕分けができ、タンスにしまうことができる				
買 物	1 可	2 福祉用具使用で可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項 ・金銭の選別ができ、高額・低額がわかる ・日常使うものの値段がわかり、買うことが可 ・千円程度の小額であれば品物を選んで買える				

金銭管理		1 可	2 見守り声かけで可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
		特記事項		・計画的な金銭の使用が困難 ・金銭の出し入れや保管ができない		
屋 内	移乗行為	1 可	2 物につかまれば可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	室内移動	1 可	2 物につかまれば可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	玄関－道路	1 可	2 住宅等改造すれば自力で可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項		・這って移動 ・歩行器使用			
屋 外	近距離移動	1 可	2 住宅等改造すれば自力で可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	遠距離移動	1 可	2 時間がかかるが可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	交通機関	1 可	2 一部可 □ 電車の利用 □ バスの利用			5 全支援
	階段・段差など	1 可	2 見守り声かけで可	3 可能だが介助を受けた方が実用的	4 一部可	5 全支援
	特記事項		・車椅子使用 ・杖使用			
理解力		1 可	2 簡単な要求がわかる 3 簡単な言葉で何回もいえばわかる 4 こちらの言うことがまったくわからない			
		特記事項				
言 語		1 可	2 簡単な言葉を使う 3 単語だけ話せる 4 発語はするが不明瞭 5 言葉がない			
		特記事項				
読み書き		1 可 2 簡単な文章なら可 3 ひらがなの読み書きができる 4 まったくできない				
		※本人と同居の場合は記入省略可				
			・電話やメール、FAXが使える ・パソコンが使える			
睡 眠		1 眠りが深い 2 眠りが浅い 3 睡眠障害 (睡眠薬 有 / 無)				
		特記事項				
危機管理		1 だいたいわかる 2 特定の物・場所はわかる 3 わからない				
		特記事項				
問題行動 ※該当する場合、支援や配慮が必要な頻度について必ずご記入ください		1 なし 2 自傷(ほぼ毎日・週1回以上・たまに) 3 他害(ほぼ毎日・週1回以上・たまに) 4 物にあたる(ほぼ毎日・週1回以上・たまに) 5 強いこだわり(ほぼ毎日・週1回以上・たまに) 6 パニック(ほぼ毎日・週1回以上・たまに) 7 多動(ほぼ毎日・週1回以上・たまに) 8 寡動(ほぼ毎日・週1回以上・たまに) 9 異食(ほぼ毎日・週1回以上・たまに) 10 その他の行動(具体的に: (ほぼ毎日・週1回以上・たまに))				
合併障がいの有無	視力障がい	1 無	2 有 (障がい名・状態)			
	聴力障がい	1 無	2 有 (障がい名・状態)			
	肢体不自由	1 無	2 有 (障がい名・状態)			
	補装具使用	1 無	2 有 (補装具名)			
アレルギーの有無		1 無	2 有(具体的に:			
てんかんの有無		1 無	2 有	投薬 (有・無)	回数	回/日
その他の疾病がある場合は記入してください。		1 有	病名()		投薬 (有・無)	投薬回数 回/日
		1 有	病名()		投薬 (有・無)	投薬回数 回/日
備考欄						