

新規

記載日: 年 月 日

記載者: _____

金沢地域活動ホーム「りんごの森」 利用登録申込カード

ご本人の最近(3ヶ月以内)の写真を貼ってください。スナップ写真(大きさは問わず)の提出でも構いません。

利用登録日 (更新の場合不要) 年 月 日

ふりがな					
氏名 (本人)					
性別	男・女	身長	cm	体重	kg
生年 月日	昭和/平成	年	月	日	(歳)

住所 (本人)	〒				
電話番号			ファックス番号		
緊急連絡先 (携帯電話など)					
名前	①	続柄	連絡先		
	②				
所属 (保育園、療育センター、学校、通所先など)	(学年)				
障害手帳について	手帳の有無	種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 [障害 種別→][級→] <input type="checkbox"/> 愛の手帳 [A1・A2・B1・B2] (Oを付けてください。) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 [級→]		
相談事業所及び相談員氏名 (現在相談支援を利用されている方はご記入ください。)					
基幹相談	事業所名	計画相談	事業所名		
	相談員氏名		相談員氏名		
利用・登録している福祉サービスについて (ヘルパー・送迎サービス・放課後等デイサービス等)					
事業所名 (サービス内容)	()	利用頻度	週・月 /	回程度	
	()		週・月 /	回程度	
	()		週・月 /	回程度	
以上のとおり、補助票を添付のうえ金沢地域活動ホームりんごの森の利用登録を申し込みます。					
※住所や電話番号が変更になりましたらりんごの森へご連絡をお願い致します。登録情報を変更いたします。					
アレルギー・てんかん 発作について	アレルギーの有無	【アレルギーがある方は、品目をご記入ください】			発作の有無
	あり・なし				あり・なし

しめい 氏名	
-----------	--

利用登録を希望される方の現在の暮らしの様子についてお伺いします。

身体状況について(わかる範囲で結構です)

血液型	型	標準	体温	度
-----	---	----	----	---

通院先や既往歴についてお聞かせください。

現在の通院先 および、診療科目	【通院先】	【通院先】	【通院先】
	【診療科目】	【診療科目】	【診療科目】
既往歴 (疾病名、何歳頃、現在の状況をご記入下さい)	【疾病名】	【疾病名】	【疾病名】
	歳頃 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 加療中	歳頃 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 加療中	歳頃 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 加療中

現在、服薬をされていますか。(薬を服用されている方は、処方箋のコピーを付けてください。)

服薬	<input type="checkbox"/> 常用	<input type="checkbox"/> 頓服	<input type="checkbox"/> なし	服薬支援	<input type="checkbox"/> 本人管理	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
服薬時間	<input type="checkbox"/> 朝	<input type="checkbox"/> 昼	<input type="checkbox"/> 夜	<input type="checkbox"/> 眠前	<input type="checkbox"/> 頓服	<input type="checkbox"/> 時間薬(服薬の時間帯)		

服薬時の介助方法など具体的にお聞かせください。

てんかん・痙攣発作等の詳しい状態をお聞かせください。別紙をつけて頂いても結構です。

発作	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	頻度	<input type="checkbox"/> 週に1回以上	<input type="checkbox"/> 月に1回以上	<input type="checkbox"/> ひと月以上ない(最終発作 年 月)
----	-----------------------------	-----------------------------	----	---------------------------------	---------------------------------	--

発作の状態(形態や継続時間)、予兆、発作の起きやすい時間帯など具体的にお聞かせください。

発作中の対応、発作後の対応をお聞かせください。

救急搬送が必要になる場合、指定があれば搬送先や主治医名をお聞かせください。

医療的ケアを必要とされていますか。またそれはどのようなケアですか。

医療的ケア	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻/胃ろう)	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> その他()
-------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

配慮事項などお聞かせください。別紙をつけて頂いても結構です。

家族構成をお聞かせください。

ご本人と同居している親族	<input type="checkbox"/> 母	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹(名)
	<input type="checkbox"/> 祖母	<input type="checkbox"/> 祖父	<input type="checkbox"/> その他()	

しめい 氏名	
-----------	--

移動の状況についてお聞かせください。(移動に必要な介助など記載欄に詳しくお聞かせください)

移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使用しての移動 <input type="checkbox"/> 車イスを使用しての移動 (自走・介助)
	<input type="checkbox"/> 手をつないでの移動 <input type="checkbox"/> 体を支えられた状態での移動 <input type="checkbox"/> その他()

介助など具体的にお聞かせください。

食事の状況についてお聞かせください。

食物アレルギー・禁食の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (ある場合、具体的に
介助等	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 概ね自立(見守りなど) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 荒刻み <input type="checkbox"/> 細かい刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()
日頃使用している道具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ノーズカットカップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> 吸い飲み <input type="checkbox"/> とりみ剤 <input type="checkbox"/> その他()
好き嫌い	好きな食べ物 <input type="text"/> 嫌いな食べ物 <input type="text"/>

具体的な介助方法などお聞かせください。

排泄の状況についてお聞かせください。

排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 概ね自立(見守りなど) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 サインの有無 <input type="checkbox"/> あり(具体的に) <input type="checkbox"/> なし
排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 概ね自立(見守りなど) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 サインの有無 <input type="checkbox"/> あり(具体的に) <input type="checkbox"/> なし
介助方法	<input type="checkbox"/> 声かけ <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 体を支える <input type="checkbox"/> 着脱介助 <input type="checkbox"/> お尻を拭くなどの後処理 <input type="checkbox"/> 便座への移乗 <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> パット交換 <input type="checkbox"/> その他()

介助方法など具体的にお聞かせください。

入浴の状況についてお聞かせください。

入浴時刻	<input type="checkbox"/> 食事前 <input type="checkbox"/> 食事後 _____ 時頃入浴している。(_____ 分程度で出浴している。)
洗髪・洗体	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 概ね自立(見守りなど) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
好き嫌い	<input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 嫌い(理由: _____) 入浴頻度 <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> _____ 日に1回程度

具体的な介助方法や入浴全般についてお聞かせください。

しめい 氏名	
-----------	--

睡眠状況についてお聞かせください。

就寝時刻	時頃	就寝	起床時刻	時頃	起床	使用寝具	<input type="checkbox"/> ベット	<input type="checkbox"/> 敷布団(床)
就寝時の電気	<input type="checkbox"/> 消灯する	<input type="checkbox"/> 豆電球のみ点灯	<input type="checkbox"/> 点灯したまま					
就寝状況	<input type="checkbox"/> 単独	<input type="checkbox"/> 家族と一緒にの布団	<input type="checkbox"/> 家族と一緒にの部屋	<input type="checkbox"/> その他()				
夜間の起き出し	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> たまにある	<input type="checkbox"/> ない	(ある場合: 回数程度/ 時頃)				

コミュニケーションの方法についてお聞かせください。

意思表示 の手段	<input type="checkbox"/> 言語 (具体的に⇒ <input type="checkbox"/> 日常会話ができる <input type="checkbox"/> 2語文以上 <input type="checkbox"/> 単語)
	<input type="checkbox"/> 発語 <input type="checkbox"/> 身振りやサインなど動作 <input type="checkbox"/> 意思表示は難しいがこちらが言う事は分かる
	<input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 視覚(絵カード、コミュニケーションボード等)による意思確認ができる

快・不快などの表現やコミュニケーションについて具体的に聞かせください。

自宅でどのように過ごしているかお聞かせください。

過ごし方	<input type="checkbox"/> テレビを見る	<input type="checkbox"/> CDを聴く	<input type="checkbox"/> DVDを見る	<input type="checkbox"/> YouTube等で動画を見る	<input type="checkbox"/> ゲーム
	<input type="checkbox"/> 読書	<input type="checkbox"/> 体を動かす	<input type="checkbox"/> 横になる	<input type="checkbox"/> おもちゃで遊ぶ	<input type="checkbox"/> その他()

具体的な様子についてお聞かせください。

ご本人の好きなこと・もの、苦手なこと・ものがあれば具体的に聞かせください。

【好きなこと・もの】

【苦手なこと・もの】

ご本人の特性についてお聞かせください。

ご本人の特性から現れる行動についてお聞かせください。(拘り行動・自傷行為・他害行為等)

上記の行動に対して、どのような対応をしているか具体的に聞かせください。(見守る・制止を促す等)

今、一番困っていること(家族・本人)をお聞かせください。
