

概況調査票（日中一時支援）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	年 月 日	実施場所	自宅・他（ ）	調査員名（ ）	（ ）区
------	-------	------	---------	---------	------

II 対象者

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日（ ）歳
氏名					
フリガナ					
保護者氏名 <small>（対象者が18歳未満の障害児の場合のみ）</small>					
現住所	〒 -	電話番号	-	-	
家族等 連絡先	〒 - 氏名（ ）	調査対象者との関係（ ）	電話番号	-	-

III 認定を受けている各種の障害等級等（該当する項目に○）

障害種別	等級および程度区分
1) 身体障害者（児）等級	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6
2) 身体障害の種類	視覚障害・聴覚障害・肢体不自由・内部障害・その他（_____）
3) 療育手帳等級	重 度   中 度   軽 度
4) 精神障害者（児）保健福祉手帳等級	1 級 ・ 2 級 ・ 3 級
5) 障害基礎年金等級	1 級 ・ 2 級
6) その他の年金・手当等	
7) 生活保護の受給	有 ・ 無

IV 心身の状況について

①障害、疾患の状況：（	）
②既往歴：〔	〕
③受診状況：□定期的に受診（週・月 回） □有症時のみ □なし □その他（	）
④通院介助の必要性：□あり □なし □その他（	）
⑤食事介助：（	）
⑥排泄介助：（	）
⑦入浴介助：（	）
⑧行動障害：（	）
⑨外出時の状況：□車いす（電動・手動） □杖 □その他（	）
⑩移動時の留意点：（	）
⑪その他：（	）

V 日中活動関連について

・主に活動している場所：□自宅 □施設 □病院 □学校 □その他（	）
-----------------------------------	---

VI 介護者関連について

・介護者の有無： なし あり  
 ・介護者の健康状況等特記すべきこと：  
 ( )

VII 居住関連について

・生活の場所：自宅（単身） 自宅（家族等と同居） グループホーム ケアホーム 病院  
入所施設 その他（ ）  
 ・居住環境： ( )

VIII その他(利用者の意向など)

	<input type="checkbox"/> 身体介護（月 時間） <input type="checkbox"/> 乗降介助（月 回） <input type="checkbox"/> 家事援助（月 時間） <input type="checkbox"/> 重度訪問介護（月 時間） <input type="checkbox"/> 行動援護（月 時間） <input type="checkbox"/> 児童デイ（月 日） <input type="checkbox"/> 短期入所（月 日） <input type="checkbox"/> 重度障害者包括支援（ ） 現在利用中のサービス決定内容 <input type="checkbox"/> 生活介護（施設名 ） <input type="checkbox"/> 自立訓練（施設名 ） <input type="checkbox"/> 就労移行支援（施設名 ） <input type="checkbox"/> 就労継続支援（施設名 ） <input type="checkbox"/> グループホーム（名称 ） <input type="checkbox"/> ケアホーム（名称 ） <input type="checkbox"/> 入所施設（名称 ） <input type="checkbox"/> 通所施設（名称 ） <input type="checkbox"/> その他民間サービス・ボランティア等（ ）
--	---

サービスの利用状況票

	月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
4:00								
6:00								
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
24:00								
2:00								
4:00								

週単位以外のサービス	
------------	--