

概況調査票（重度障害者等就業支援）

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					
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	等級及び程度区分
1) 身体障害者障害程度等級	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：□車椅子（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）

()

現在利用中のサービス決定内容	<input type="checkbox"/> 身体介護（月 時間）	<input type="checkbox"/> 家事援助（月 時間）	<input type="checkbox"/> 通院等介助（月 時間）
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助（月 回）		
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護（月 時間）	<input type="checkbox"/> 同行援護（月 時間）	<input type="checkbox"/> 療養介護
	<input type="checkbox"/> 行動援護（月 時間）	<input type="checkbox"/> 短期入所（月 日）	
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援（ ）		
	<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"/> 就労定着支援（施設名)	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（名称)	<input type="checkbox"/> 施設入所支援（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	
------------	--