

概況調査票

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 (対象者が18歳未満の障害児の場合のみ)					
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（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留意事項（ ）

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 利用者の利用に関する意向、その他

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"/> 通院介助（伴う・伴わない）（月 時間） <input type="checkbox"/> 乗降介助（月 回） <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（ ） <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 ( )

現状のケアプラン

	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

希望のケアプラン

	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