別紙様式５号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者　カ　ー　ド | | | | | | | | № |  |
| ふりがな  氏　　名 | |  | | | 愛称 | 生年  月日 | Ｔ　Ｓ　Ｈ　Ｒ  　　　年　　月　　日 | | |
|  | | |
| 住　　所 | |  | | | | 電話 |  | | |
| 障害名 | |  | | | 身障手帳 | 交付年月日  県　　　号　　　　級 | | | |
| 療育手帳 | 交付年月日  県 号 知 | | | |
| 保  護  者  及  び  家  庭 | 氏　　　　名 | | 続　柄 | 性　別 | 生年月日 | | 職　業 | | 備　　考 |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
|  | |  |  |  | |  | |  |
| 緊急  連絡先 | | ① 電話  ② 電話 | | | | | | | |
| 介護状況 | |  | | | | | | | |
| 移  動 | 屋  内 | できる  できない　（移動の方法） | | | | | | | |
| 屋  外 | できる　　（移動の方法）  できない　　・１人で歩けるが、多動等のため手をつなぐか注意が必要で  　　　　　　　ある。  ・車いす　　　・バギー　　　杖  ・盲人用杖　　乗用車  ・その他 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 食  事 | 方　　法 | 全介助　　　自分でできる（はし　 ﾌｫｰｸ 　ｽﾌﾟｰﾝ　 手づかみ） |  |
| 好き嫌い | なし  　あり  　・好きなもの　　　　　　　　　　・嫌いなもの |
| 種　　類 | 普通食　　　　　きざみ食　　　　　その他 |
| 注意点 |  |
| 排  泄 | 方　　法 | 便所へ行く　　・一人で行く　　・連れていく  ポータブル  し　び　ん ・屋内 ・外出のみ  お　む　つ ・一日中 ・夜間のみ　　　・外出時 |
| 伝え方 | 教える　　　　・できる　　　　・時々  　　　　　　　　・大小とも　　　・大のみ　　　・小のみ  　教えない 時間おき |
| 紙の使用 | できる ・大小共とも　　　・大のみ　　　・小のみ  できない |
| 注意点 |  |
| 着  脱  衣 | 着衣 | ･上下共　･上衣のみ　･下衣のみ　･促せば手足を出す　･全介助 |
| 脱衣 | ･上下共　･上衣のみ　･下衣のみ　･促せば手足を出す　･全介助 |
| ボタン掛 | ・できる　　・できない　　・促せばできる |
| 前後表裏 | 区別が　　　・できる　　　・できない |
| 注意点 |  |
| 洗  面  入  浴 | 洗　　面 | ・できる　　・全介助　　・不完全（　　　　　　　　　　　　） |
| 歯磨き | ・できる　　・全介助　　・不完全（　　　　　　　　　　　　） |
| 入　　浴 | ・できる　　・全介助　　・不完全（　　　　　　　　　　　　） |
| 洗　　髪 | ・できる　　・全介助　　・不完全（　　　　　　　　　　　　） |
| 注意点 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 意  思  の  伝  達 | 知  的  ・  肢  体  不  自  由 | 言語　・ある（おうむがえし　・一語文　・二語文　・多語文）・なし  ・明瞭 ・不明瞭  会話　　　・できる　　　・状況により　　　・できない  指示理解　・できる　　　・状況により　　　・できない  伝達 ・できる（方法　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・状況により　　　・できない | | | | | |  |
| 視  覚 | 文字　　　　　　 カナタイプ  点字 言語 | | | | | |
| 聴  覚 | 話声語 手話 | | | | | |
| 病  気  に  関  す  る  こ  と | け  い  れ  ん | なし  あり　・発作の回数  ・発作の状況  ・対応の仕方 | | | | | |
| 常用の投薬 | | 回数　１日　　回　　　　朝　　昼　　夜 | | | |
| 注　意　点 | |  | | | |
| かかりつけ医、病院 | | |  | 主治医 |  |
| 連　絡　先 | |  | | | |
| そ  の  他  の  病  気 | ・病名  ・症状  ・対応の仕方 | | | | | |
| 常用の投薬 | | 回数　１日　　回　　　　朝　　昼　　夜 | | | |
| 注　意　点 | |  | | | |
| かかりつけ医、病院 | | |  | 主治医 |  |
| 連　絡　先 | |  | | | |
| 他に注意  すること | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 性　　　　質 | 何をする（される）のを  喜びますか  どのように伝えますか |  |  |
| 何をされるのを嫌がりま  すか  どのように伝えますか |  |
| 性格・特別なくせなど |  |
| 遊び・趣味 | 好きな遊び・趣味 |  |
| 興味のあるもの |  |
| 危険に対して  特に注意して  いる点 |  | |
| 特に知ってお  いてもらいた  い点 |  | |
| 自宅までの  略　　　図  （わかりやす  い場所から） |  | |
| 年　　月　　日  　　　　　 陳述者　　　　　　　　　　　　　　続柄 | | |