

あけぼの 利用調査票

記入者〔 _____ 〕 令和 ____年 ____月 ____日 記入

本人	氏名				Tel	
	現住所	〒 _____				
	生年月日	昭和 / 平成 _____年 ____月 ____日 (____才)				
障害の状況	身体障害者手帳	等級	級種	交付日	昭和/平成/令和 ____年 ____月 ____日	
		障害名				
	精神保健福祉手帳	等級	級	交付日	昭和/平成/令和 ____年 ____月 ____日	
		手帳番号		有効期限	令和 ____年 ____月 ____日	
	療育手帳	有 / 無				
所持する装具						
障害福祉サービス受給者証		障害支援区分 : _____			支給市町村名 : _____	
介護保険		要介護認定 : _____				

<p>1. 病歴 *発症年月日、入院先、診断名、処置（手術）、その後の転院の経緯、障害の変化などを記入して下さい。</p>
<p>2. 現在の症状 *現在どのような障害があるか、どのような病気にかかっているかを記入して下さい。</p>
<p>3. 既往歴 *これまでに治療を受けた怪我・病気を記入して下さい。</p>
<p>4. 生活歴 *出身地、最終学歴、職歴、生活歴などを記入してください。</p>
<p>5. 経済状況 *「年金の種類等」は、該当するものを丸で囲んで下さい。</p> <p>・年金の種類等： 年金受給資格なし / 障害基礎年金 / 障害厚生年金 / 労災年金 : _____級 生活保護 自賠責 傷病手当金受給中 (R____年____月____日まで) その他 (_____)</p> <p>・誰が管理されていますか？ :</p>

6. 家族構成 (家族・同居の方だけではなく、今後本人に関わる可能性のある方も書いて下さい)						
氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	同居/別居	備考
①						
②						
③						
④						
⑤						
⑥						
⑦						
緊急連絡先： (氏名) (続柄) (電話番号)						

7. 住環境について *家屋改造の有無、自宅での生活状況などについてご記入下さい。現在入院中の方は、自宅への外泊経験の有無や病院での生活状況についてもご記入下さいますようお願いいたします。	
8. 進路 (当施設を利用後に目標とする生活) *生活の場や就労について、それぞれどういう目標なのかに留意してご記入下さい。 ・本人： ・家族：	
9. 施設利用を必要とする理由 (上記の進路を達成するために、当施設で学びたいこと) *なるべく具体的にご記入下さい。 ・本人： ・家族：	
10. 利用を希望するサービス内容 *以下の日中活動と居住の各欄に、1ヶ所ずつ〇をつけて下さい。	
日中活動系サービス	居住系サービス
<ul style="list-style-type: none"> ・自立訓練 (機能訓練) ・自立訓練 (生活訓練) 	<ul style="list-style-type: none"> ・就労移行支援 ・生活介護
施設入所支援を	
<ul style="list-style-type: none"> ・希望する (入所) ・希望しない (通所) 	
*通所を希望する方は、以下もご記入下さい。	
① 通所方法 [自家用車 (自分で運転 / 家族が送迎) ・ リハバスを利用]	
② 通所の回数 [週 _____ 回 / 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金]	
*通所を希望する曜日に〇をつけて下さい。	

11. ADL評価

*現在の状態を記入します。1～4に○をつけて必要事項を記入して下さい。また、自力動作を未経験の場合はその旨を記入して下さい。

整 容 (洗面, 歯磨き, 髭剃りなど)

1. 自主的にできる (確認不要)	2. 自主的にできる (要確認)	3. 声掛けがあればできる	4. 全面的な支援が必要

更 衣 (服装, 身だしなみ)

1. 場に適した服装ができる	2. 助言があればできる	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要

入 浴

1. 一人でできる	2. 見守り, 声掛けがあればできる	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要

洗 濯

1. 自主的にできる (確認不要)	2. 自主的にできる (要確認)	3. 声掛けがあればできる	4. 全面的な支援が必要

掃 除・整 理 整 頓

1. 自主的にできる (確認不要)	2. 自主的にできる (要確認)	3. 声掛けがあればできる	4. 全面的な支援が必要

食 事 (準備含む)

1. 自分で用意できる	2. 助言があれば用意できる	3. 用意してあれば、一人で摂取できる	4. 全面的な支援が必要
<input type="checkbox"/> 治療食を食べていますか。(はい / いいえ : 治療食の種類 _____) <input type="checkbox"/> アレルギー (なし / あり (_____))			

金 銭 管 理

1. 生活費が管理できる	2. 小遣い管理ができる (確認不要)	3. 小遣い管理ができる (要確認)	4. 全面的な支援が必要

外 出

1. 交通機関を利用して一人できる	2. 限られた範囲で一人できる	3. 付添いが必要	4. 全面的な支援が必要

服 薬 管 理

1. 自分でできる (確認不要)	2. 自分でできる (要確認)	3. 部分的な支援が必要	4. 全面的な支援が必要
○お薬カレンダー等を使用していますか。(はい / いいえ)			

時 間 管 理

1. 自主的にできる	2. 概ねできる	3. 声掛けがあれば行動できる	4. 全面的な支援が必要
○メモリーノート等を使用していますか。(はい / いいえ)			

コミュニケーション

1. 複雑な内容を理解し、伝えることができる	2. 日常会話ができる	3. 代償手段を使ってできる(筆記等)	4. 全面的な支援が必要

その他

*生活面で気になることがあれば、記入して下さい。