＊ ***調査票の記入時の 参考 (1・2枚目)***

あ け ぼ の　利 用 調 査 票

記入者〔　　〕　平成　　年　　月　　日 記入

本　人	氏　名	ふりがな		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　　年　　月　　日
		障害名			
	精神保健福祉手帳	等 級	級	交付日	昭和／平成　　年　　月　　日
		手帳番号		有効期限	平成　　年　　月　　日
	療 育 手 帳	有 ／ 無			
	所持する装具				
受給者証		障害程度区分　：		支給市町村名　：	
介 護 保 険		要 介 護 認 定　：			

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。*

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。*

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。*

4．生活歴

＊*出身地、最終学歴、職歴、生活歴などを記入して下さい。*

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。*

・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（H＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日まで ）
その他（　　）

・誰が管理されていますか？：

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						

〇その他

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します。

８．進　路　（当施設を利用後に目標とする生活）

・本人：

＊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。

・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）

・本人：　*＊なるべく具体的にご記入下さい。*

例：・トイレでズボンの上げ下ろしが出来るようになりたい

・家族：　*・スプーン使用で一人で食べられるようになりたい*

・一人で JR を利用して、広島まで買物に行けるようになりたい

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	
・自立訓練（機能訓練）	・就労移行支援	施設入所支援を	・希望する　（入所）
・自立訓練（生活訓練）	・生活介護		・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。

あけぼの　利用調査票

記入者〔　　〕　平成　年　月　日記入

本　人	氏　名	ふりがな		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　年　月　日
		障害名			
	精神保健福祉手帳	等級	級	交付日	昭和／平成　年　月　日
		手帳番号		有効期限	平成　年　月　日
	療育手帳	有／無			
	所持する装具				
受給者証		障害程度区分　：		支給市町村名　：	
介護保険		要介護認定　：			

1．病歴

2．現在の症状

3．既往歴

4．生活歴

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。*

・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（H＿＿年＿＿月＿＿日まで ）
その他（　　）

・誰が管理されていますか？：

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						

◯その他

７．住環境について

８．進　路　（当施設を利用後に目標とする生活）

・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）

・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◯をつけて下さい。

日中活動系サービス		居住系サービス	
・自立訓練（機能訓練）	・就労移行支援	施設入所支援を	・希望する　（入所）
・自立訓練（生活訓練）	・生活介護		・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◯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。

起 居 動 作

寝 返 り			
1．自力でできる（手すりなど不要）	2．自力でできる（手すり等が必要）	3．介助を受けて可能	4．困　難
起 き 上 が り			
1．自力でできる（手すりなど不要）	2．自力でできる（手すり等が必要）	3．介助を受けて可能	4．困　難
座 っ た 姿 勢 の 耐 久 性　（1.2.3 の耐久時間：　）			
1．座位保持可能（支えは不要）	2．座位保持可能（支えが必要）	3．座位保持は支えがあっても不安定（要介助・要監視）	4．座位姿勢は困難
立 ち 上 が り			
1．手すり等無くても一人で立ち上がり可能	2. 手すり等があれば一人で立ち上がり可能	3．介助を受けて可能	4．立ち上がりは困難

移 動 動 作

歩　行　（杖、装具の形態：　／耐久時間または距離：　）			
1．一人で歩行可能（杖･装具など不要）	2．一人で歩行可能（杖・装具など必要）	3．一人で歩行可能（不安定・要監視）	4．一人で歩行は困難
車 椅 子　（　自操式　／　電動式　）			
1．移乗・操作が自力で可能（実用的）	2．移乗・操作が自力で可能（屋内平坦のみ）	3．移乗に要介助（屋内平坦のみ）	4．移乗・移動とも要介助

食　事

1．　自　　立	2．刻んだ方が食べ易い	3．魚の骨取りは必要	4．その他
○治療食を食べていますか。（　はい　／　いいえ　：治療食の種類＿＿＿＿＿＿）			

トイレ

1．自　立 *使用している便器*（　　）	2．要 見 守 り	3．要　介　助　（一部） *必要な介助*（　　）	4．要　介　助（全　介　助）
○夜間の対応：　夜尿起こし（ 要 / 不要 ）　／　オシメ着用　／　シビン使用　その他（　　）			

入 浴 ・ 更 衣

＊各項目で１～３の該当する欄に丸印をつけて、補足のある方は必要事項をご記入下さい。

			１．一人で出来る	２．介助を受けて出来る	３．全　介　助
入浴	入浴の準備				
	浴槽へ入る				
	身体を洗う				
	洗　髪				
	○方法：　清拭　／シャワー 見守り：　要　／　不要				
更衣	上衣	着衣			
		脱衣			
	下衣	着衣			
		脱衣			
	靴下	着			
		脱			
	くつ	着			
		脱			
	ボタン	はめる			
		外す			

意 思 疎 通

会　話			
１．普通に出来る	２．大体可能 日常的な会話のみ	３．単 語 はい・いいえ程度	５．困 難 感 情 表 出（有・無）
備考：			

そ の 他

社会参加・趣味・興味など			
金銭管理　：　出来る　／　小額なら出来る　／　困　難			
就床方法　：　ベッド　／　畳+布団			
時間の管理　*＊1 日の流れを自発的に行動できるかどうか（食事・訓練・入浴など）*			
１．ひとりで出来る	２．声かけにて出来る	３．出来るがしない	４．難しい