様式第5号(第10条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者カード | | | | | | | | | | | | | | No. | |  |
| ふりがな  氏名 | | |  | | | | | | 愛称 | | 生年月日 | | 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　スプーン　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 | | | | | | | | | | | | | | | | |