

パサージュいなぎ【入所希望者調査票】

記入日：令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日生 歳	
ふりがな		続柄	生年月日	
保護者氏名			大正・昭和 年 月 日生 歳	
住所	〒 電話			
障害状況	診断名			
	愛の手帳	度	身体障害者手帳	種 級
	障害支援区分		精神障害者保健福祉手帳	級
家族状況	氏名	続柄	生年月日	勤務先・就学先
かかりつけ 医療機関	①	名称 (診療科：)	主治医名	
		住所	電話番号	
	②	名称 (診療科：)	主治医名	
		住所	電話番号	
現在ご本人 が受けてい る福祉サー ビス	(サービス内容・事業所名をご記入ください)			

身体状況（記入または該当するところに○をつけてください）

身長	cm		体重	kg	
平熱	℃		血液型	型	
視力	全く見えない	弱視 (日常生活に支障あり)	配慮することで 支障なし	障害なし	
	具体的な状況				
聴力	全く聞こえない	難聴 (日常生活に支障あり)	配慮することで 支障なし	障害なし	
	具体的な状況				
上肢	持つ・掴むが 不可	日常生活に 支障あり	配慮することで 支障なし	障害なし	
	具体的な状況				
下肢	歩けない ・座れる	膝で動ける	介助で歩ける	障害なし	
	具体的な状況				
てんかん 発作	1日1回以上	週1回以上	月1回以上	現在発作なし	
	具体的な状況				
アレルギー	食物	なし	あり	原因食物	出現した症状
		なし	あり	薬剤名	出現した症状
	疾患	なし	あり	アレルギー疾患名（湿疹・咳・喘息・じんましん・鼻炎など）	

食事	動作	全介助	一部介助	見守り	自立			
		介助が必要な場合は、介助方法を詳しくご記入ください						
	食形態	主食（米）	普通	軟飯	粥	おにぎり	粥ミキサー	
		副食（おかず）	普通	軟菜	一口大	きざみ	ペースト	
	食器	食器、コップ、箸等で必要な配慮						
義歯	なし	部分入れ歯	総入れ歯					
口腔清潔	歯みがき	全介助	一部介助	見守り	自立			
	うがい	全介助	一部介助	見守り	自立			
排泄	動作	全介助	一部介助	見守り	自立			
	便の性状	正常便	硬便	水様便				
	便秘や下痢症状時の注意点							
着脱衣	全介助	一部介助	見守り	自立				
	具体的な状況							
入浴	全介助	一部介助	見守り	自立				
	具体的な状況							
身辺整理	全介助	一部介助	見守り	自立				
	具体的な状況							
生理	動作	全介助	一部介助	見守り	自立			
	生理痛	なし	あり →	疼痛時に使用する薬品名				
	具体的な状況							

行動面について（記入または該当するところに○をつけてください）

行動の内容	行動の頻度		
自分の意思の表現	ことばでいつも表現できる	時々ことば以外の方法が必要	* 常にことば以外の方法が必要 * 表現不能
周囲からの説明の理解	ことばでいつも説明を理解できる	時々ことば以外の方法が必要	* 常にことば以外の方法が必要 * 理解不能
食べられないものを口に入れてしまう	* ない * ときどきある	週1回以上ある	毎日ある
落ち着かず常に動いてしまう。または行動が止まってしまう	* ない * ときどきある * 月1回以上ある	週1回以上ある	ほぼ毎日ある
パニックを起こしたり、不安定になり暴れる等の行動	* ない * ときどきある * 月1回以上ある	週1回以上ある	ほぼ毎日ある
自分の体を叩いたり、引っ掻く等して、傷がついたり腫れができてしまう等の行動	* ない * ときどきある * 月1回以上ある	週1回以上ある	ほぼ毎日ある
怪我をさせてしまう危険性のある、周囲の人を押したり叩いたり蹴ったりするなどの行動	* ない * ときどきある * 月1回以上ある	週1回以上ある	ほぼ毎日ある
他人への抱き着きや断りなく人の物等を持ってしまう等の行動	* ない * ときどきある * 月1回以上ある	週1回以上ある	ほぼ毎日ある
習慣的な生活や流れを変更されて苦痛を感じ奇声を発する等	* ない * ときどきある * 週1回以上ある	1日1回以上ある	1日に数えられないくらいある
突然走っていなくなるなどの突発的な行動	* ない * ときどきある * 週1回以上ある	1日1回以上ある	1日に数えられないくらいある

行動の内容	行動の頻度		
過食・反すうなど、食事場面で問題のある行動	* ない * ときどきある * 月1回以上ある	週1回以上ある	ほぼ毎日ある
てんかん発作	年1回以上	月1回以上	週1回以上
感情が不安定で泣いたり笑ったりを繰り返す	* ない * 年1回以上	月1回以上	週1回以上
気分が憂鬱で悲観的になり、意欲低下して生活に支障が出る	* ない * 年1回以上	月1回以上	週1回以上
ひとりで外に出たがり、外出すると一人で戻れなくなる	* ない * 年1回以上	月1回以上	週1回以上
火の管理	支援が必要	部分的に支援が必要	ほぼ問題ない

上記の行動またはその他の行動でご心配がある場合は、下記にご記入ください

その他

ご本人の希望（これからの生活等について）

ご本人の現状について

ご家族等の状況と意向（ご本人の今後について）

記入者名	
続柄	