

# 信愛医療療育センター 入所申込書

療養介護  
医療型障害児  
 記入日 平成 年 月 日

対象者 (本人)	ふりがな		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日 ( 歳)
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			

記入者	ふりがな		続柄	連絡先		
	氏名			自宅:		
住所	〒 -					

◆入所希望理由

---



---



---



---

入所希望時期	<input type="checkbox"/> 平成29年12月 <input type="checkbox"/> 平成30年4~6月	<input type="checkbox"/> 平成30年1月 <input type="checkbox"/> 平成30年7月以降	<input type="checkbox"/> 平成30年2月 <input type="checkbox"/> 未定( )	<input type="checkbox"/> 平成30年3月頃
--------	---	--	--	-----------------------------------

※現在、施設入所、入院をしている方のみ記入してください

施設・病院名		時期	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 ~	
入所理由					

◆入所希望者の状況

疾患名				障害支援区分	<input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 児童の為該当なし
病院名 主治医①	科	病院 医師	病院名 主治医②	科	病院 医師	
入院歴 (過去3年)	原因【 】H 年 月~ (約 日)			原因【 】H 年 月~ (約 日)		
	原因【 】H 年 月~ (約 日)			原因【 】H 年 月~ (約 日)		
療育手帳	<input type="checkbox"/> A ・ <input type="checkbox"/> B ・ <input type="checkbox"/> C	身障手帳	( )	【内容】		
療育手帳	種 級					
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 必要時: 時間 ) <input type="checkbox"/> カフアシスト <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引( 回/1時間・1日 ) <input type="checkbox"/> エアウェイ <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他( )					
運動能力	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 半寝返り <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 腹這い <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> 座位でいざる <input type="checkbox"/> 座位保持可 <input type="checkbox"/> 補助にて座位保持可 <input type="checkbox"/> 膝立ち可(手すり補助 有・無) <input type="checkbox"/> 立位(手すり補助 有・無) <input type="checkbox"/> 補助にて歩行可 <input type="checkbox"/> 自力歩行可(転倒の危険性 有・無)					

担当相談支援専門員	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	サービス等利用計画 (児童支援利用計画)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所名	(担当: )
重心決定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	支給決定	【有】 <input type="checkbox"/> 療養介護 ・ <input type="checkbox"/> 医療型短期入所 【無】 <input type="checkbox"/> 支給予定 (相談: 未・済)		

# アセスメントシート

本人の望む暮らし	
家族の望む暮らし	

**◆家族状況**

氏名	続柄	同・別	生年月日(年齢)	職業	その他特記事項
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		
			T・S・H 年 月 日( 歳)		

後見人	氏名(※後見人がいない場合は保護者)	緊急 連絡先	氏名	連絡先
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			①	
			②	
		③		

**◆成育歴・既往歴**

		身長	
出生 ～ 6歳		体重	
<b>◆通院状況</b>			
		病院・診療科	頻度
6歳 ～ 18歳			
<b>◆福祉サービス利用状況</b>			
18歳 ～			

**◆身体状況**

<b>食事</b>	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 該当無し <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト	<b>言語理解</b>	<input type="checkbox"/> 言葉で理解できる <input type="checkbox"/> 簡単な言葉なら理解できる <input type="checkbox"/> 実物を提示すれば理解できる <input type="checkbox"/> 理解は難しい
<b>排泄</b>	(意思表示あり) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (意思表示無し) <input type="checkbox"/> 随時誘導 <input type="checkbox"/> 定期誘導 <input type="checkbox"/> オムツ	<b>意思伝達</b>	<input type="checkbox"/> 言葉で伝えることができる <input type="checkbox"/> ゼスチャーや器具等で伝える <input type="checkbox"/> 表情や緊張など体の動きで表現できる <input type="checkbox"/> 表現は難しい
<b>留意点</b>			