

信愛医療療育センター 通所・医療申込書

記載日 令和 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:		
				携帯:		
住所	〒 -					

◆利用希望事業・時期						
<input type="checkbox"/> 医療型短期入所	<input type="checkbox"/> 医療的ケア日中一時	希望時期	<input type="checkbox"/>	年 月頃～	<input type="checkbox"/> 特になし	
<input type="checkbox"/> 生活介護	希望利用回数	日/週	希望時期	<input type="checkbox"/>	年 月頃～	<input type="checkbox"/> 特になし
<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 福祉型児童発達	希望利用回数	日/週	希望時期	<input type="checkbox"/>	年 月頃～	<input type="checkbox"/> 特になし
<input type="checkbox"/> 放課後等デイ	希望利用回数	日/週	希望時期	<input type="checkbox"/>	年 月頃～	<input type="checkbox"/> 特になし
<input type="checkbox"/> 相談支援事業			希望時期	<input type="checkbox"/>	年 月頃～	<input type="checkbox"/> 特になし
<input type="checkbox"/> 外来診察			希望時期	<input type="checkbox"/>	年 月頃～	<input type="checkbox"/> 特になし
<input type="checkbox"/> 訪問診療			希望時期	<input type="checkbox"/>	年 月頃～	<input type="checkbox"/> 特になし
<input type="checkbox"/> 通院リハビリ			希望時期	<input type="checkbox"/>	年 月頃～	<input type="checkbox"/> 特になし

※利用開始時期については希望に添えない場合がございますのでご了承下さい

◆利用希望者の状況						
疾患名				障害支援区分	<input type="checkbox"/> ～区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 未 <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【	
	原因【	】H 年 月～(約 日)	原因【	】H 年 月～(約 日)	原因【	
療育手帳	<input type="checkbox"/> A・ <input type="checkbox"/> B・ <input type="checkbox"/> C	身障手帳	種 級	【内容】		
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"/> PTEG) <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) <input type="checkbox"/> 車椅子自走(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(児童利用支援計画)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所名	担当	
					連絡先	
重心決定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	支給決定	<input type="checkbox"/> 医療型短期入所 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 居宅介護(身体・通院) <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 日中一時(医療的ケア) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター <input type="checkbox"/> 医療型・福祉型児童発達 <input type="checkbox"/> 放課後等デイ <input type="checkbox"/> 保育所等訪問			

