

(☐本入居 ☐体験入居) (☐ショートステイ)

[illegible]

【家族の状況】

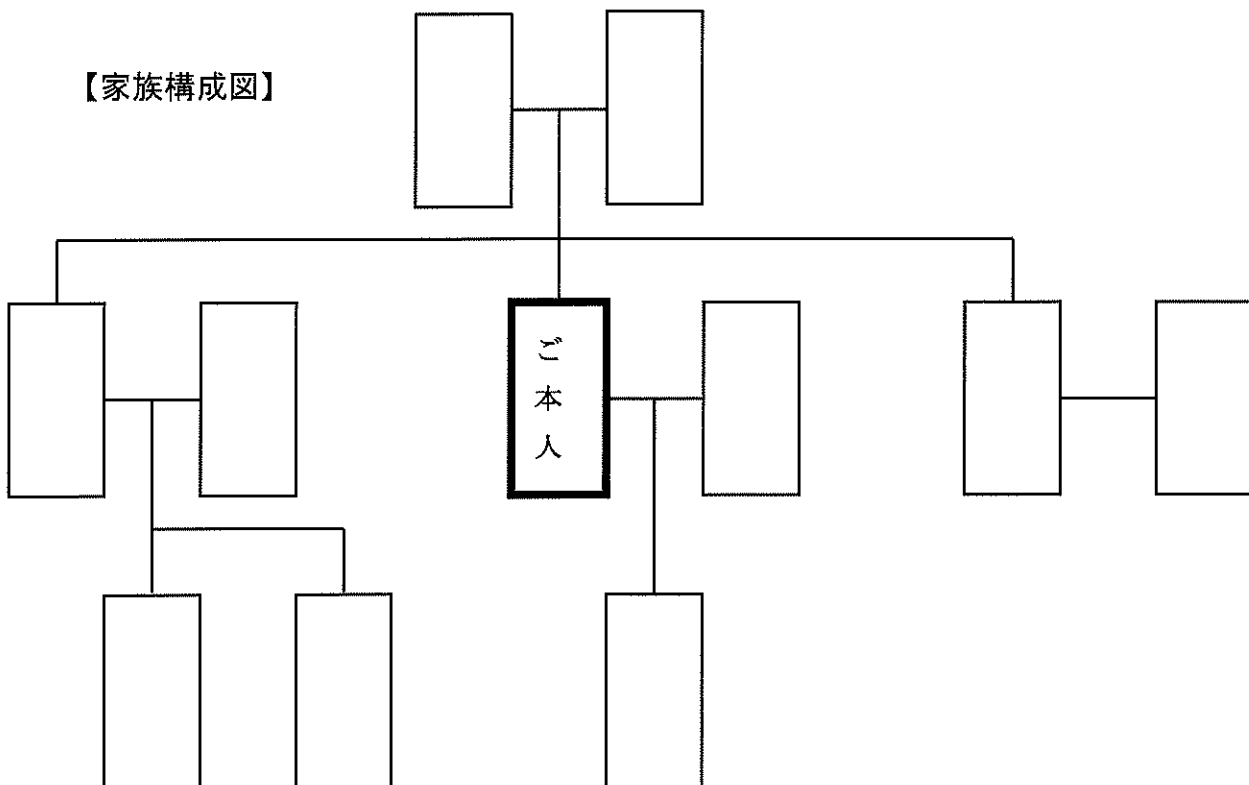
主となる連絡者

フリガナ		入居者との関係	
氏名			
連絡先	(自宅電話)	(携帯電話)	
	(勤務先電話)	(会社名)	
住所	〒		

その他家族構成

氏 名	続柄	住居

【家族構成図】



【既往歴】

(疾病名)	(医療機関)
(服薬の状況)	

【障害者福祉サービス受給者証】

☐ 既に受けている ☐ 申請中（申請日：平成 年 月 日） ☐ 申請予定
--

※すでに受給者証を取得している場合（分かる範囲でご記入ください）

受給者証番号		認定有効期間	
障害程度区分		サービス事業者名	

【担当行政機関】

機関名		ケースワーカー 名	
後見人	☐ 有 ☐ 無		

【健康保険】

☐ 国保（本人） ☐ 健保（家族） ☐ 国保（一般） ☐ 未加入 ☐ その他（ ）
交付年月日 記号 番号

【手 帳】

	手帳の有無	交付年月日	障害等級	手帳管理者
精神保健福祉	☐ 有 ☐ 無	年 月 日		
療養手帳	☐ 有 ☐ 無	年 月 日		
身体障害	☐ 有 ☐ 無	年 月 日		

【収 入】

☐ 有 ☐ 無		収入金額	管理者
障害年金	()級→ ()年から受給		
生活保護	()から受給		
就 労	勤め先()		
その他	その他年金→具体的に()		
	諸手当→具体的に()		
	その他→具体的に()		

【ご利用中のサービス】

※関係機関への問い合わせについて同意していただけますか。

☐ 同意する (署名) ☐ 同意しない

【相談支援事業所】

事業所名	
住 所	
連絡先	
担当者	

【その他】

Figure 1 consists of nine scatter plots arranged in a 3x3 grid. The rows represent three countries: USA, Canada, and Australia. The columns represent three different years: 1990, 1995, and 2000. Each plot shows the relationship between the number of children in the household (x-axis) and the number of children in the family (y-axis). The data points are represented by small circles, and a linear regression line is fitted to the data. The regression lines are labeled with their respective R-squared values, which are all 0.85. The plots show a strong positive correlation between the number of children in the household and the number of children in the family across all countries and years.

以上　ご記入頂きありがとうございました。

日常生活動作表

氏名 _____ 様 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 記入者 _____ (_____)

日常生活動作 当てはまるものに○をしてください。			備考欄
移動	屋内	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
		独歩・介助歩行・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子	
	屋外	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
		独歩・介助歩行・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子	
	その他	ふらつき(無・有) 転倒歴(無・有→頻度 _____ 回)	
		麻痺(無・有→右手・左手・右足・左足) 装具(無・有)	
		ベットは(右側・左側)から起き上がる	
※車椅子の方 自操(可・不可) 自己所有(無・有) リクライニング(無・有) 立ち上がり危険行為(無・有) 抑制(無・有→以前していた・時々・常時)			
動作	寝返り	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
	起き上がり	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
	座位	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
	立ち上がり	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
	移乗	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
排泄	動作	自立・声掛け・誘導(定時・訴え時) 一部介助・全介助	
		尿意(無・有) 便意(無・有) 失禁(無・有)	
	形態	日中(布パンツ・リハビリパンツ・パット・紙おむつ)	
		夜間(布パンツ・リハビリパンツ・パット・紙おむつ)	
	用具	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ対応	
	回数	排尿(日中 _____ 回、夜間 _____ 回)	
		排便(規則的 _____ 日に _____ 回・不規則)	
		下剤使用(無・有)	
	その他	トイレの場所(分かる・分からない・不明)	
オムツはずし(無・有) 不潔行為(無・有)			
バルーンカテーテル(無・有) 人工肛門(無・有)			
食事	動作	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
	摂取量	主食 _____ 割 副菜 _____ 割	
	形態	主食(米飯・粥・ペースト・その他)	
		副菜(常菜・一口大・キザミ・ペースト・その他)	
		胃ろう(1回 _____ mlを1日 _____ 回)	
		むせ込み(無・有) とろみ(無・有)	
	器具	箸・スプーン・フォーク・自助食器・その他	
	制限	アレルギーまたは禁忌(無・有→食品名 _____)	
		特別食(無・有→塩分 _____ g・糖尿病 _____ kcal)	
		水分制限(1日 _____ ml) その他(_____)	
	その他	食べこぼし(無・有) エプロン使用(無・有)	
入れ歯(無・有→部分・総入れ歯)			

入浴	動作	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
	形態	一般浴・シャワー浴・機械浴・リフト浴・清拭	
	その他	拒否(無・有)時々・常時)	
更衣	動作	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
整容	動作	自立・見守り・声掛け・一部介助・全介助	
	その他	※自分でできるものに○をしてください (洗顔・歯磨き・義歯の手入れ・ひげそり)	
コミュニケーション	意思疎通	良好・その場合は可能・何らかの介助が必要・不可 ナースコールの理解(無・有)	
	言語障害	無・有→構音障害・失語症・その他()	
	聴覚障害	正常・障害有→難聴(右・左・両方) 補聴器(無・有)	
	視力障害	正常・障害有→(右・左・全盲) 眼鏡(無・有)	
		白内障・緑内障 手術歴(無・有) 点眼(無・有)	
認知症	周辺症状	無・有(軽度・中度・重度) ※当てはまるもの全てに○をしてください (徘徊 異食 暴言 暴力 大声 放尿・放便 介護拒否 昼夜逆転 帰宅願望 幻視・幻聴 収集癖 性的行動 意欲低下 記憶力低下 見当識障害 その他)	
		身体抑制	
		無・有(安全ベルト・4点柵・ミトン・つなぎ服・センサー)	
	頻繁な訴え	内容()	
		時間帯() 対応方法()	
睡眠	状態	良好・時々不眠・不眠	
	眠剤	無・有(不眠時・毎晩)	
	エアマット	使用(無・有)	
	その他	布団・ベット・低床ベット	
		入眠時見守り対象(無・有)	
皮膚	状態	良好・不良() 塗布薬()	
	褥瘡	無・有(部位) 塗布薬()	
管理	物品	可・不可	
	金銭	可・不可	
	服薬	可・不可	
嗜好品	喫煙	無・有(1日 本)	
	飲酒	無・有(1日)	
面会(ご家族)	頻繁(いつでも可能)・時々(週 回または月 回)		
	ほとんど来られない・()ヶ月に1回くらい		
その他に介護・看護面で必要なことがあれば記入してください			