

放課後等デイサービス「おむすびKODAIRA」利用申込書

フリガナ						性別	男 ・ 女	
氏名								
生年月日	平成 ・ 令和 年 月 日					年齢	歳	
保護者氏名						続柄		
現住所					電話番号			
緊急連絡先	①				②			
相談支援事業所		担当者名			電話番号			
緊急時に連絡する病院等					連絡先			
家族構成	氏名		続柄	年齢	職業	住所（同居であれば省略可）		
障害について	障害名					手帳	有	・ 無
	身体障害者手帳 （ 級）		通所受給者証 有 （ 日/月）		・ 無			
既往歴								
かかりつけ病院名					担当医			
内服中の薬								
医療ケアについて	呼吸器	有	無	24 h	夜のみ	その他 （ ）		
	喀痰吸引	有	無	持続吸引	有 無	その他 （ ）		
	酸素吸入	有	無	経鼻	マスク	その他 （ ）		
	注入	有	無	経鼻	胃ろう	その他 （ ）		
身体状況 発作 可動域 座位保持など								
コミュニケーション								
希望日時	月	火	水	木	金	土	祝	
その他の予定	AM							
	PM							
通所希望理由								
デイ利用開始希望日 年 月 日 サイン								