

令和 年 月 日

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 | | | | |