

ショートステイ利用調査書

記入日

利用希望期間	月 日 ~ 月 日	記入者
		本人との関係

1 基本情報

利用希望者名 ^(フリガナ)	男・女	生年月日	年 月 日	年齢	歳				
住所 〒									
保護者名			電話番号(緊急連絡先)						
愛の手帳 度		他の手帳							
障害福祉サービス受給者証		有・無		障害支援区分		生活保護		有・無	

2 健康に関する事項

身長	cm	感染症	かかりつけの病院・主治医		
体重	kg	アレルギー			
既往症(いままでにかかった病気、現在の状況)					
麻痺 無・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他()					
発作 有・無		頻度 年・月・週・日に 回			
発作の様子					
起こりやすい時間帯や季節					
起こりやすい状況					
対応方法					
利用中に便秘になった時の対応方法					

服薬	無 ・ 一人で飲む ・ 手渡しされると飲む ・ 口に入れる ・ その他()
内服薬	※処方箋等を添付できない場合に記入してください
感染症の 症状	有 ・ 無 病名() 感染した時期()

当てはまる項目に○をつけてください

口腔	入れ歯 ・ 炎症 ・ その他()
皮膚	水虫 ・ アトピー ・ 乾燥肌 ・ その他()
目	メガネ ・ 視野狭窄 ・ 白内障 ・ 緑内障 ・ 視覚障害 ・ その他()
耳	補聴器 ・ 聴覚障害 ・ その他()

3 日常の動作に関する項目

介助が必要な項目に○をつけてください

食事 ・ 排泄 ・ 入浴 ・ 移動 ・ 着脱 ・ 整容 ・ その他() 発作 ・ パニック ・ 行動等
--

上記に○を付けた項目について記入してください

項目	具体的な対応方法
食事	
排泄	
入浴	
移動	
着脱	
整容	
発作	
パニック	
行動	

4 食事に関する項目

食事形態	普通 ・ 刻み ・ 一口 ・ その他()
食事量	普通 ・ 多い ・ 少ない ・ その他()

はしの使用	○ ・ ×	スプーン	必要 ・ 不要
禁止薬・禁止食品(アレルギーによるもの)、食事制限(医師の制限によるもの)			

5 コミュニケーションに関する項目

意志の伝達	二語以上 ・ 単語 ・ ジェスチャー ・ できない ・ その他()
会話の理解	できる ・ 日常生活の単語 ・ できない ・ その他()
本人独自の意思表示があれば記入してください	

6 精神症状に関する項目

それぞれ、当てはまる項目に○をつけてください

幻覚	自傷	他害	破損	性癖	収集	パニック	こだわり	徘徊・無断外出	多動	不眠	その他
----	----	----	----	----	----	------	------	---------	----	----	-----

上記に○を付けた項目について、分かる範囲で記入してください。

項目	頻度・時間帯	原因	対応方法

7 その他

好きなこと、嫌いなこと
趣味、余暇の過ごし方

ご記入いただきました情報の取り扱いには十分注意し、大切に保管させていただきます。

社会福祉法人 萌の会
障害者支援施設 愛幸