

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
施設入所希望	有 ・ 無	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 〒	住所				
保護者名	電話番号(緊急連絡先)				
障害福祉サービス受給者証	有 ・ 無	短期入所有効期限			
愛の手帳	度	他の手帳			
		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	
障害名及び既往症(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（※可能な限り下剤の用意をお願い致します。）			
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
禁忌薬・禁忌食品(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