

利用者調査表 1

受給者証番号				調査日： 年 月 日	
ふりがな		性別		生年月日	記録者
氏名				年 月 日 (歳)	
ふりがな				援護の実施者	
住所	〒 -			電話： ()	
				FAX： ()	
				携帯： ()	電話： ()
緊急連絡先	ふりがな			続柄	住所
	氏名				電話： ()
	医療機関 (主治医等)				電話： ()
身体障がい者 手帳	種 級			障がい名	
療育手帳	A	B1	B2		
支給量			時間/月	利用者負担額	
			時間/月	負担上限月額	上限管理
			時間/月	低所得1 低所得2 一般	円
			時間/月	上限額管理事業所	
			時間/月	(事業所名)	
主たる 介護者 の状況	ふりがな			続柄	状況
	氏名				
他のサービス等 の利用の状況	1. 日中活動サービス (事業所名)		2. ショートステイ (事業所名)		
	3. グループホーム・ケアホーム (事業所名)		4. 児童デイサービス (事業所名)		
	5. 相談支援事業 (事業所名)		6. その他 ()		
			()		
			()		
			()		
サービス提供時の希望及び注意事項					

利用者調査表 2

	項 目	状 況	特記事項
身体 の 状 況	視 覚	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限	
	聴 覚	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限	
	言 語	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限	
	座位保持	ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限	
	コミュニ ケーション の状況		
	そ の 他		
日 常 生 活 状 況	歩行（屋内）	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	歩行（屋外）	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	食 事	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	入 浴	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	着 脱 衣	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	排 泄	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	
	炊 事	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	
	洗 濯	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	
	金 銭 管 理	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	
	買 い 物	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	
	服 薬 管 理	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	
	そ の 他		
住 宅 状 況	住居形態		【住居の状況】
	ト イ レ	和式・洋式・その他（ ）	
	浴 室	実用可 ・ 不可	
	寝 具	布団 ・ ベッド	
	手 す り	あり ・ なし	
	住環境の 留 意 点		
医 療 機 関 利 用 状 況			
障 が い 経 過			
家 族 状 況	氏 名	続 柄	備 考
備 考			

利用者調査表 1

受給者証番号		1234567890		調査日： 19 年 ○ 月 × 日		
ふりがな	おおさか はなこ		性別	生年月日		
氏名	大阪 花子		女	S 5 9 年 ○ 月 × 日 (2 3 歳)		
ふりがな					援護の実施者	
住所	〒5××-××××				D市	
	D市○○町×丁目×番×号					
		電話：△△△ (△△△) △△△△				
		FAX：△△△ (△△△) △△△△				
		携帯：△△△ (△△△) △△△△	電話：△△△ (×××) ××××			
緊急連絡先	ふりがな	おおさか よしこ		続柄	住所	
	氏名	大阪 良子		母	同上	
	医療機関 (主治医等)	<input type="checkbox"/> 病院 (主治医：△△)			電話： ()	
		電話：△△△(×××)○○○○				
身体障がい者 手帳	1 種		1 級		障がい名	
療育手帳	A	B1	B2	体幹機能障がい (座位不能) 1 級		
支給量	身体介護		20時間/月	利用者負担額		
	家事援助		20時間/月	負担上限月額		
			時間/月	低所得1 低所得2 一般	円	上限管理 あり・なし
			時間/月	上限額管理事業所		
		時間/月	(事業所名)			
主たる 介護者 の状況	ふりがな	おおさか よしこ		続柄	状況	
	氏名	大阪 良子		母		
他のサービス等 の利用の状況	1. 日中活動サービス (事業所名)		2. ショートステイ (事業所名)			
	3. グループホーム・ケアホーム (事業所名)		4. 児童デイサービス (事業所名)			
	5. 相談支援事業 (事業所名)		6. その他 ()			
			()			
			()			
			()			
サービス提供時の希望及び注意事項						
両親は、現在の生活について不安を抱えている。						
できる限り自立した生活ができるよう、手助けしてほしい。						

利用者調査表 2

	項 目	状 況	特記事項										
身体 の 状 況	視 覚	<input checked="" type="radio"/> ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限											
	聴 覚	<input checked="" type="radio"/> ア. 制限なし ・ イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限											
	言 語	ア. 制限なし ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限	言語障がいがある。聞き慣れれば理解できる										
	座位保持	ア. 制限なし ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 制限あり ・ ウ. 大きな制限											
	コミュニケーションの状況												
	そ の 他												
日 常 生 活 状 況	歩行（屋内）	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	伝い歩きは数歩可。支え要。電動車椅子を使用すれば自力										
	歩行（屋外）	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	電動車椅子を使用して移動。段差などは介助要										
	食 事	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	調理により1～2cm角に刻む必要										
	入 浴	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ <input checked="" type="radio"/> ウ. 全部介助	洗顔は自力										
	着 脱 衣	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	ズボンなどは介助要										
	排 泄	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 全部介助	立ち上がりに介助要										
	炊 事	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ <input checked="" type="radio"/> ウ. 代行	経験なし										
	洗 濯	ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ <input checked="" type="radio"/> ウ. 代行	経験なし										
	金 銭 管 理	<input checked="" type="radio"/> ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行											
	買 い 物	ア. 自力 ・ <input checked="" type="radio"/> イ. 一部介助 ・ ウ. 代行	コンビニなら一人で行ける										
	服 薬 管 理	<input checked="" type="radio"/> ア. 自力 ・ イ. 一部介助 ・ ウ. 代行											
	そ の 他												
	住 宅 状 況	住居形態	2階建て・戸建住宅	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【住居の状況】 1F</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30%;">浴室</td> <td style="width: 10%;">脱衣所</td> <td style="width: 10%;">トイレ</td> <td style="width: 10%;">玄関</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>台所</td> <td>居間</td> <td colspan="3">本人の部屋</td> </tr> </table> </div>	浴室	脱衣所	トイレ	玄関		台所	居間	本人の部屋	
浴室		脱衣所	トイレ		玄関								
台所		居間	本人の部屋										
トイレル		和式・ <input checked="" type="radio"/> 洋式・その他（ ）											
浴室		実用可 ・ <input checked="" type="radio"/> 不可											
寝 具		布団 ・ <input checked="" type="radio"/> ベッド											
手 す り	あり ・ <input checked="" type="radio"/> なし												
住環境の留意点	家の中は伝い歩き。手すりがあればと思っている。												
医 療 機 関 利 用 状 況	*□□病院 カニューレ交換 1／2W												
	*△△病院 リハビリ 1／1M												
	*××歯科 2／1Y												
	母親と通院している												
障 が い 経 過	筋ジストロフィーのため幼少より病院にかかっていた。												
	気管を切開しているなので、会話は難しいが、慣れれば聞き取れる部分もある。												
家 族 状 況	氏 名	続 柄	備 考										
	大阪 一郎	父											
	大阪 良子	母											
	大阪 花子	本人											
備 考	地域の高校を卒業後、大学に入学した。学校には母親が送迎。大学では友人にトイレ介助を頼んでいた。卒業後も交友を深めている。地域のサークルにも参加し友人は多い。												