

## 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	
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			
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> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">台所</td> <td style="width: 30%;">居間</td> <td colspan="2" style="width: 40%;">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ため、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。										