

2024年度 わくらす武蔵野「体験入所」申込書

受付番号:

年 月 日

利用希望者氏名

⑩

家族及び後見人等氏名

⑩

| | |
|--------------|---|
| フリガナ | |
| 氏名 | |
| 生年月日・年齢 | 年 月 日 (歳) (男 ・ 女) |
| 住所 | (〒) |
| 連絡先 | ご自宅固定電話 () |
| | 携帯電話 () 続柄 () |
| 通勤・通所先 | 名称: |
| | 住所: |
| 障害支援区分 | 未申請 1 2 3 4 5 6 (該当に○をつけてください) |
| 愛の手帳 | 1度 2度 3度 4度 (該当に○をつけてください) |
| 身体障害者手帳 | 1級 2級 3級 4級以上 (該当に○をつけてください) |
| 心身障害者医療費助成制度 | 障 の (対象になっている ・ 対象になっていない) |
| 生活の様子 | <健康状態、その他配慮すべきことがあればお書きください。> ※定期通院先がある場合には、通院先の病院名と通院の理由をお書きください。 ※定時服薬がある場合は、薬局で渡された「服薬の説明書」を添付してください。発作のある場合は詳細をお書きください。 |
| | <洗面・入浴・トイレなど日常生活の様子必要な支援をお書きください。> ●洗面、整容 ●入浴 ●排泄 ●その他、必要な配慮事項(共同生活をする上で心配なこと) |

| | |
|---|---|
| 生活の様子 | <p><食事生活や食事介助について、必要な支援をお書きください。></p> <p>(食物アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/>をつけてください 有り 無し) (「有り」に○をつけた方にお聞きします。) アレルギー症状の原因となる食材は何ですか?</p> |
| | <p><コミュニケーション(ご自分の気持ち、要求等をどのようにして伝えていますか?)></p> |
| | <p><行動面において特別な配慮を要する支援をお書きください(自傷・他害行為・大声・異食多飲・性的不適切行為等)></p> |
| | <p><ご家庭での過ごし方></p> <ul style="list-style-type: none"> ●起床から通所するまで ●帰宅から夕食まで ●食後から就寝まで |
| | <p>●就寝について (寝つくまでの様子、どなたと一緒に眠られているか、あるいは必要な支援についてお書きください)</p> <p>(時刻をお書きください。 就寝 時頃、起床 時頃)</p> |
| <p>同居家族の状況(関係・年齢をお書きください。) (記入例:①父55歳、②祖母80歳)</p> | |
| <p>志望動機</p> | |
| <p>短期入所など宿泊体験の有無に、チェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>その他()</p> | |