

プロフィール書

氏名		生年月日	年 月 日生
診断名			
障害の内容			
かかりつけの病院	主治医名	フォローされている内容	
出生から 現在に至る 経過			
医 療 的 ケ ア の 内 容	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部の吸引	チューブ挿入の長さ_____cm カニューレサイズ _____mm その他注意事項	吸引圧_____kpa 吸引チューブサイズ_____Fr
	<input type="checkbox"/> 口腔内の吸引	チューブ挿入の長さ(口)_____cm 吸引圧_____kpa	(鼻) _____cm 吸引チューブサイズ_____Fr
	<input type="checkbox"/> 鼻腔内の吸引	その他注意事項	
	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	チューブサイズ_____cm	挿入の長さ_____cm
	<input type="checkbox"/> 胃ろう	1日の注入	時間 量
	<input type="checkbox"/> その他()	1回の注入時間()	その他注意事項
	<input type="checkbox"/> その他 * 上記以外のケア内容 * 上記以外の配慮事項 * 摂食している場合は形態等の 配慮事項		

飲んでいる薬 (薬の名前 時間)	常用	
	緊急時	
入所を希望する理由		
通園開始希望日		
サービスが必要な 日数 時間	必要な曜日に○をしてください 月 火 水 木 金 その他	午前 時 分 ~ 午後 時 分
障害者手帳	有 () 無	
療育センター、リハビリ 等 その他現在利用している サービスの有無		
お子様の好きな 遊び		
子育てで大切にしていること 不安なこと 施設への希望		
1日の過ごし方	睡眠・食事（注入）・遊びなど1日の流れ記入してください	
食事の状態を把握するため3日間の食事・おやつ等のメニューを教えてください】		
メニュー ・献立 ・食材 ・量 (実際に食べた量をだまかに 教えてください)	1日目	
	2日目	
	3日目	

家庭状況調査票

記入日 年 月 日

保護者	父	ふりがな	母	ふりがな
		年 月 日生 歳		年 月 日 歳

自宅住所	〒	自宅電話
------	---	------

緊急連絡先	父	(事業所名) (電話) (携帯)	順位
	母	(事業所名) (電話) (携帯)	
	メールアドレス		

保護者以外のお迎え	続柄	氏名	電話	住所

* 施設から仕事場(自宅)までの交通手段、時間等をご記入ください

通勤手段	例	施設 徒歩10分 京急鶴見駅 京急20分 品川駅 徒歩5分 仕事場(自宅)
	父	
	母	

* 就労している方は下記にご記入ください

		父		母
就労時間	平日		平日	
	土曜		土曜	
	その他		その他	
休日				
備考				