

# 三田療護園 個別記録票

依頼日： 年 月 日

記入日： 年 月 日

記入者： \_\_\_\_\_

## 1. 利用者氏名 △は記入しないでください

△入所年月日	平成 年 月 日	男 女
フリガナ		
氏名		
生年月日	T・S・H 年 月 日	歳

本人顔写真  
貼付  
※なければ不要

## 2. 住所

(住民票記載) 現住所	〒 -	本籍	都道 府県
現在の生活居住地:住所	自宅・病院・施設・その他	都道 府県	郡 市

## 3. 相談者連絡先

フリガナ		続柄	TEL : ( )
氏名			FAX : ( )
フリガナ			
住所	〒 -		
緊急連絡方法(1)	携帯電話番号	-	-
緊急連絡方法(2)	職場等	TEL - -	内線 ( ) 呼 ( )
会社名・住所	会社名( )	住所:	都道 府県 郡 市

## 4. 身元引受人・家族連絡先

フリガナ		続柄	TEL : ( )
氏名			FAX : ( )
フリガナ			
住所	〒 -		
緊急連絡方法(1)	携帯電話番号	-	-
緊急連絡方法(2)	職場等	TEL - -	内線 ( ) 呼 ( )
会社名・住所	会社名( )	住所:	都道 府県 郡 市

## 5. 希望する支援の種類

一般入所     短期入所

## 6. 入所希望年月日

一般入所	平成 年 月 日 ( )
入院(入所)中の場合	退院(退所)の見込み： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 退院(退所)の日時： 年 月 日頃
短期入所	平成 年 月 日 ( ) ~ 平成 年 月 日 ( )

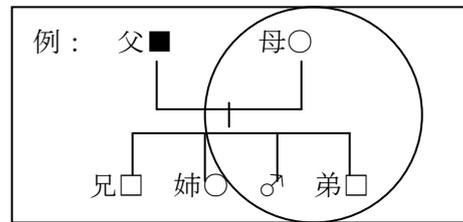
## 7. 待機希望 ※入所希望年月日に入所が無理な場合

待機希望の有無    有    無

**8. 家族構成を記入してください**

(本人 [♂男] [♀女])  
 (□男性 ■死亡の場合) (○女性 ●死亡の場合)

同居の家族は実線で囲んでください



**9. 障害福祉サービスの利用状況**

受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	利用者負担上限額	¥	給付額	¥	程度区分	
交付年月日	平成 年 月 日	支給市町村名					

**10. 介護保険の利用状況**

保険証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	要介護認定 ( )
--------	---	-----------

**11. 健康保険証等**

保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 国民保険退職 <input type="checkbox"/> 共済組合保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

**12. 医療費受給者証**

受給者証の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
受給者証の種類	<input type="checkbox"/> 障害者医療費受給者証 <input type="checkbox"/> その他( )

**13. 身体障害者手帳**

手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害の程度	種	級
障害名				
手帳の交付日	昭和・平成 年 月 日			
手帳の再交付日	昭和・平成 年 月 日			

**14. その他の手帳の有無**

手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳の種類	<input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保険福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )
記載内容			
手帳の交付日	昭和・平成 年 月 日		
手帳の再交付日	昭和・平成 年 月 日		

**15. 年金**

現在受給中の年金の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 国民年金( )	<input type="checkbox"/> 厚生年金( )	<input type="checkbox"/> 年金
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 共済年金( )	<input type="checkbox"/> 労災年金( )	<input type="checkbox"/> 年金
		<input type="checkbox"/> その他の年金( )	<input type="checkbox"/> 年金	

**16. 生活保護**

生活保護の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保護機関	
---------	---	------	--

**17. 職歴・施設利用歴・最終学歴**

年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
年 月		年 月	
※最終学歴			

**18. 障害の状況**

障害の原因	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 事故(労災・交通・その他)		
障害の起因	障害の原因	疾病・受傷病名	障害の内容
年(頃)	疾病・事故〔 〕		
年(頃)	疾病・事故〔 〕		

**19. 身長・体重**

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

**20. 現在の生活状況(日常生活動作・使用している福祉用具等)**

移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車いす	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
車いす	<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
移乗	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 等高面は可 <input type="checkbox"/> 不可能	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
座位保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	洗面・入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
立位保持	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不可	髭剃り・整髪	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助
車椅子	<input type="checkbox"/> 手動型 <input type="checkbox"/> 電動型	本人持ち車椅子	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

**21. 褥創の有無**

<input type="checkbox"/> 有 (部位: )	<input type="checkbox"/> 無
-----------------------------------	----------------------------

**22. 嚥下状態**

嚥下障害の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 少し有 <input type="checkbox"/> 無 ( )
---------	--

**23. 食事形態**

主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥( )	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 注入食( )
食事カロリー	kcal		

**24. 排泄**

尿・便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( )	オムツ使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( )
ストーマ装着有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( )	膀胱留意カテーテル	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( )

**25. たばこ・飲酒**

たばこ	<input type="checkbox"/> 有(1日 本) <input type="checkbox"/> 無	飲酒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無( )
-----	---	----	--

**26. 現在継続中の医務処置**

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有:
----------------------------	-----------------------------

**27. 介護・医療処置への抵抗**

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有:
----------------------------	-----------------------------

**28. コミュニケーション (理解力)**

**29. 集団生活での問題点など ※解放病棟での問題点**

無 有 (具体的に記入願います)

**30. 今回の支援 (一般入所・短期入所) について**

●入所の経緯 (理由など) :

**※31. 入所後の本人の要望及び家族の思い (個別支援計画作成に必要な情報です。具体的に記入願います。)**

●本人の希望や思い

●家族の援助に対する意向

**32. その他入所に際しての質問・疑問があればなんでも記入してください**

これらの記録に関しては、守秘義務を守るとともに、入所中の支援に役立つものばかりです。  
ご協力ありがとうございました。