

施設見学・面接申込書

三田こぶしの園

記入年月日		令和 年 月 日	記入者	
入所希望者 氏名		男	血液型 型	
		女	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	
住所	〒			
電話	自宅 携帯			
入所希望理由				
保護者・後見人等氏名				
住所		〒		
電話		自宅 携帯		
付き添い人				
家族構成(後見人)				
氏名	続柄	性別	年齢	連絡先・備考
特記事項				

面接調査表

三田こぶしの園

障害について	療育手帳	番号			総合判定	A	B1	B2	
	身体障害者手帳	無	有	級					
	精神手帳	無	有	級					
	障害年金	受けている		1級	2級	受けていない			
	障害支援区分								
	保険	加入している		保険の種類:			加入していない		
	視力	普通		弱視		見えない			
	聴力	普通		やや難		聞こえない			
	言語	普通		やや難		喋れない			
	体位	立位可		座位可		寝たきり			
	上肢	右・左	麻痺	拘縮	痙攣	その他	なし		
	下肢	右・左	麻痺	拘縮	痙攣	その他	なし		
	その他	(コミュニケーションや移動の方法などを詳しく記入)							
	日常生活について	理解力	普通				意思疎通可		
食事		食事形態	普通食	粥食	キザミ食	ミキサー			
		食べ方	自立 (箸 スプーン 一部介助 全介助) 手						
		所要時間	早い	普通	遅い				
		嚥下	普通	困難					
		咀嚼	普通	困難					
		偏食	無し	有る					
排泄		便器	和式	洋式					
		排便の様子	自立	一部介助	全介助				
			その他						
		排尿の様子	自立	一部介助	全介助				
			その他						
		夜尿起こし	無し	有る	時頃				
後始末		自立	一部介助	全介助					
入浴		洗体	自立	一部介助	全介助				
		洗髪	自立	一部介助	全介助				
		拭き取り	自立	一部介助	全介助				
着脱		着衣	自立	一部介助	全介助				
		脱衣	自立	一部介助	全介助				
洗面		歯磨き	自立	一部介助	全介助				
整容	髭剃り	自立	一部介助	全介助					
睡眠	睡眠状態	普通	寝付き遅い		昼夜逆転				
その他									

※わかる範囲で記入、○を付けて下さい。

情緒面について	他者への暴力	無し	有る				
	破壊・他害	無し	有る				
	自傷	無し	昭和・平成	年	月	日生	(歳)
	異食	無し	有る				
	不潔行為	無し	有る				
	収集癖	無し	有る				
	無断外出	無し	有る				
	持続性について						
	その他						
作業面について	その他						
	てんかん発作		有る				
		頻度					
	服薬状況	(服薬内容)		朝	昼	夕	眠前

既往歴等について	今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けています。	はい (病名)	いいえ
	これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ
	近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	はい	いいえ
	今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	ある 回くらい 最後は 年 月頃	いいえ
	薬や食品(鶏肉・鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある (薬または食品名)	いいえ
	これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある (予防接種名・症状)	いいえ
	(接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。/出生体重()g	ある (具体的に)	いいえ
	新型コロナウイルスワクチン接種を受けられましたか。	はい 回 最後は 年 月頃	いいえ

※インフルエンザの予防接種等、受けて頂く場合、問診票の参考にさせて頂く事があります。