

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	令和 年 月 日	
フリガナ		男 女
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 ※身元引受人が必要となります。

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	令和 年 月 日 ()
入院(入所)中の場合	退院(退所)の見込み： ☐ 有 ☐ 無 退院(退所)の日時： 年 月 日頃
短期入所	令和 年 月 日 () ～ 令和 年 月 日 ()

7. 待機希望 ※入所希望年月日に入所が無理な場合

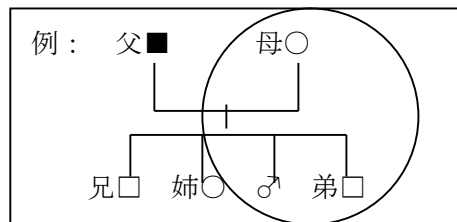
待機希望の有無	☐ 有 ☐ 無
---------	---

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	☐ 有 ☐ 無	利用者負担上限額	¥	給付額	¥	支援区分	
交付年月日	平成・令和	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	☐ 有 ☐ 無	要介護認定 ()
--------	---	-----------

11. 健康保険証等

保険の種類	☐ 国民保険 ☐ 国民保険退職 ☐ 共済組合保険 ☐ 社会保険 ☐ その他 ()
-------	--

12. 医療費受給者証

受給者証の有無	☐ 有 ☐ 無
受給者証の種類	☐ 障害者医療費受給者証 ☐ その他 ()

13. 身体障害者手帳

手帳の有無	☐ 有 ☐ 無	障害の程度	種	級
障害名				
手帳の交付日	昭和・平成・令和	年	月	日
手帳の再交付日	昭和・平成・令和	年	月	日

14. その他の手帳の有無

手帳の有無	☐ 有 ☐ 無	手帳の種類	☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保険福祉手帳 ☐ その他（ ）		
記載内容					
手帳の交付日	昭和・平成・令和	年	月	日	
手帳の再交付日	昭和・平成・令和	年	月	日	

15. 年金

現在受給中の年金の有無	☐ 有 ☐ 無	☐ 国民年金(年金) ☐ 厚生年金(年金) ☐ 共済年金(年金) ☐ 労災年金(年金) ☐ その他の年金 (年金)
-------------	---	---

16. 生活保護

生活保護の有無	☐ 有 ☐ 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	☐ 病気 ☐ けが ☐ 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	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 装具 ☐ 車いす	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全面介助
車いす	☐ 自走 ☐ 一部介助 ☐ 全面介助	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全面介助
移乗	☐ 可能 ☐ 等高面は可 ☐ 不可能	更衣	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全面介助
座位保持	☐ 可能 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不可	洗面・入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全面介助
立位保持	☐ 可能 ☐ 支えがあれば可 ☐ 不可	髭剃り・整髪	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全面介助
車椅子	☐ 手動型 ☐ 電動型	本人持ち車椅子	☐ 有 ☐ 無

21. 褥創の有無

☐ 有 （部位： ）	☐ 無
-----------------------------------	----------------------------

22. 嚥下状態

嚥下障害の有無	☐ 有 ☐ 少し有 ☐ 無 （ ）
---------	--

23. 食事形態

主食	☐ 普通 ☐ 粥（ ）	副食	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ 注入食（ ）
食事カロリー	kcal		

24. 排泄

尿・便意	☐ 有 ☐ 無（ ）	オムツ使用	☐ 有 ☐ 無（ ）
ストーマ装着有無	☐ 有 ☐ 無（ ）	膀胱留置カテーテル	☐ 有 ☐ 無（ ）

25. たばこ・飲酒

たばこ	☐ 有（1日 本） ☐ 無	飲酒	☐ 有 ☐ 無（ ）
-----	---	----	--

26. 現在継続中の医務処置

☐ 無	☐ 有：
----------------------------	-----------------------------

27. 介護・医療処置への抵抗

☐ 無 ☐ 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。

三田療護園 TEL:079(568)2588 (代)