

申請者の状況

記入日：年 月

記入者：

担当相談員：

※記入に代わって、概要のわかる資料等の添付でも可

ふりがな		性別	生 年 月 日
氏名			年 月 日
住所	岐南町 (アパート名)	電話	
身長	c m	体重	k g
アレルギー	☐ なし ・ ☐ あり ()		
障害名・病名		手帳	☐ 身体 ☐ 療育 ☐ 精神 ☐ 未所持 ☐ その他 ()
障害程度区分	1 2 3 4 5 6	自傷・他傷	自傷 ☐ なし ☐ あり／他傷 ☐ なし ☐ あり

かかりつけ医	電話番号	持病
飲んでいる薬	☐ なし ☐ あり ※薬手帳ありましたら準備してください	

緊急連絡先					
優先順位①	氏名		続柄		電話番号
	住所				
優先順位②	氏名		続柄		電話番号
	住所				
優先順位③	氏名		続柄		電話番号
	住所				

利用している機関（事業所）	（担当職員）	電話

介護の必要		特記事項
移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
トイレ	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 常食 ☐ きざみ ☐ その他 / ☐ はし ☐ さじ ☐ その他 留意点（禁食・制限等）
服薬	☐ 自己管理 ☐ 要支援	服薬時の工夫や注意点
入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 一般浴 ☐ 機械浴 ☐ その他
着替え	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
整容	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
その他		

配慮が必要なこと	特記事項
環境	
習慣	
その他	

好き（得意）な 事・もの		嫌い（苦手）な 事・もの	
関わり方			
不安になった時に してほしいこと			
その他			
本人の希望			