

自己紹介シート（児童用）

記入日： 平成〇〇年 〇月 〇日
 記入者： 国分寺花子 （関係） 母

※以下に利用される方の情報をご記入ください。

<記入例 児童用(表)>

ふりがな	こくぶんじ さぶろう		②性別	男	③生年月日	平成〇〇年 〇月 〇日		
①利用者氏名	国分寺 三郎							
ふりがな	こくぶんじ たろう							
④保護者氏名	国分寺 太郎							
⑤住所	国分寺市△△町〇〇-××-☆☆ 〇〇マンション302							
⑥日中連絡先	(自宅) 042-〇〇〇-〇〇〇〇 (携帯電話) 080-××××-×××× (母)		⑦FAX					
⑧緊急連絡先	(第一) 080-××××-×××× (母)		(第二) 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇 (父)					
⑨診断名 又は 疾患名	例) 自閉症、統合失調症、ALS 等		⑪手帳	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし				
				身体	種	級		
				知的	2	度		
⑩自立支援医療	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし		精神	級				
⑫経済状況	生活保護 : <input type="checkbox"/> 受給している <input checked="" type="checkbox"/> していない							
⑬家族構成	氏名	続柄	生年月日	職業	<input checked="" type="checkbox"/> 同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居			
	国分寺 太郎	父	昭和〇〇年〇月〇日	会社員	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	国分寺 花子	母	昭和〇〇年〇月〇日	パート	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
	国分寺 次郎	兄	平成〇〇年〇月〇日	会社員	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居			
	国分寺 きく	祖母	大正〇〇年〇月〇日	就業していない	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
						<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
⑭私が今一番望んでいること 私が今一番困っていること								
⑮家族として希望すること 家族として困っていること								
⑯面談時に配慮してほしいこと		例) ・家に訪問してほしい。 ・子供がいる時間orいない時間に訪問してほしい。						

自宅にFAXがなければ
記入は不要です。

家族の名前、続柄、同居 or 別居
を記入してください。

面談時にお話を伺いますので、
書ける範囲でお願いします。

<記入例 児童用(裏)>

表面の⑨診断名、疾患名に関する
ことで、入院したことがある場合
に記入してください。

どの学校等を卒業したか記入し
てください。(※年月は必須ではあ
りません。)

施設利用及び居宅介護の
サービス利用を希望される方
は、必ず記入してください。

これまでに福祉サービス
を利用したことがある場合は、
記入してください。

⑰ 通院状況 (病院名・頻度)	病院名	診療科	頻度	担当医		
	○×病院	○○科	月○回	○×先生		
⑱服薬状況	※薬局でもらうお薬の説明書のコピーをご持参ください。					
⑲入院歴	入院期間 ・ 病院名					
⑳就学歴等 主な経歴	<ul style="list-style-type: none"> 平成〇〇年 ○□小学校 卒業 平成〇〇年 ○△中学校 卒業 平成〇〇年 △△高等学校 入学～現在に至る 					
㉓日常生活動作の 状況	食べること	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	備考欄
	食事の形態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 一部配慮が必要	<input type="checkbox"/> 経管栄養		
	入浴	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	
	着衣	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	
	睡眠時間	時間(時 分～ 時 分まで)				
	室内での移動	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	
	屋外での移動	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	
	調理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	
	掃除	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	
	洗濯	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	
	買い物	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 見守りが必要	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 全介助	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 自身の管理は難しい		
	薬の管理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> 自身の管理は難しい		
交通機関の利用	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 単独では難しい				
㉔これまでに利用したこと のあるサービス						

現在定期的に通院している
病院を記入してください。

日常生活動作について、特に伝え
たいことがある場合は、ここに
記入してください。