

日中一時支援事業 利用者調査票

		作成日	年 月 日	
氏名			生年月日	年 月 日 歳
障がいの種類 及び程度	種類	等級・程度	番号	
	身体障害者福祉手帳			
	療育手帳			
日常生活の状況	食事	自立・一部介助・全介助	入浴	自立・一部介助・全介助
	排泄	自立・一部介助・全介助	移動	自立・一部介助・全介助
その他の心身の状況				
介護を行う者の状況	氏名		年齢	歳
	続柄		性別	男・女
	職業		健康状態	良好・普通・不良
	生活状況			
	家族構成	人	構成員	父・母・兄弟姉妹(人)・祖父・祖母・その他(人)
	特記事項等			
介護給付費・ 訓練等給付費の受給の状況	サービスの種類	支給量	有効期間	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護		年 月 日～ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 生活介護		年 月 日～ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 短期入所		年 月 日～ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型・B型)		年 月 日～ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援		年 月 日～ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/>		年 月 日～ 年 月 日	
障害児通所 給付費の受給 の状況	サービスの種類	支給量	有効期間	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援		年 月 日～ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		年 月 日～ 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 障害児相談支援		年 月 日～ 年 月 日	
その他の保健 医療サービスま たは福祉サー ビス等の利用 状況	サービス等の名称	内容等		

