

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		
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			

