

利用登録票

登録日時	平成 年 月 日 ()		担当者	
利用者	ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	S・H 年 月 日
	所属	()	年齢	才
	住所	〒 -		
	電話	() -	携帯	- -
相談者	ふりがな 氏名		利用者との関係	
	連絡先	〒 -		
	電話	() -	携帯	- -
家族状況	氏名	年齢	続柄	職業・学校
診断名 (通院) (服薬)	診断名(障害名) :		診断日 : S・H 年 月 (才頃)	
	診断機関 :		主治医 :	
	通院機関 :		服薬 :	
手帳	療育手帳 : (A ・ B)		取得日 : S・H 年 月 日	
	身障手帳 : (種 級)		取得日 : S・H 年 月 日	
	精神手帳 : (級)		取得日 : S・H 年 月 日	
年金等	障害基礎年金 : (1 ・ 2) 級		受給年月日 : S・H 年 月 日	
	その他 ()			

3. これまでに受けた相談機関、療育機関、医療機関について

機 関 名	療 育 内 容	期 間
		歳頃 ～ 歳頃
		歳頃 ～ 歳頃
		歳頃 ～ 歳頃

4. 福祉施設の利用歴について

事業所名	活 動 内 容	期 間
		年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月

5. 就労歴について

勤 務 先	業 務 内 容	期 間
		年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月

6. 日常生活について

1) 日常生活動作について ※あてはまる□にチェックしてください

項 目	現 状	求めたい支援について
洗面・歯磨き	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
衣類着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排尿・排便	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
食 事	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入 浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	

2) 社会参加(社会生活技能) ※あてはまる口にチェックしてください

項目	現 状	求めたい支援について
金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
電話の使用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
交通手段の利用	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
対人関係		
得意なこと		
苦手なこと		
余暇の過ごし方		
当事者団体活動		
社会参加活動		

7. 行動上の特性について ※あてはまる口にチェックしてください

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 落ち着きがなく多動が目立つ | <input type="checkbox"/> 不器用、運動が苦手 |
| <input type="checkbox"/> くせやきまり、こだわりが強い | <input type="checkbox"/> 音や特定の感覚に敏感 |
| <input type="checkbox"/> パニックがある | <input type="checkbox"/> 偏食・異食・拒食がある |
| <input type="checkbox"/> 自傷行為がある | <input type="checkbox"/> 無気力、自主性に乏しい |
| <input type="checkbox"/> 他の人に乱暴する(叩く、つねる、押すなど) | <input type="checkbox"/> 生活リズムが崩れやすい |
| <input type="checkbox"/> 物を破壊する | <input type="checkbox"/> 仕事に適応できない |
| <input type="checkbox"/> 対人関係がうまくいかない | <input type="checkbox"/> チックがある |
| <input type="checkbox"/> 質問を何回もしつこく繰り返す | <input type="checkbox"/> 感情のコントロールが難しい |
| <input type="checkbox"/> 不安が強い | <input type="checkbox"/> 危険で目が離せない |
| <input type="checkbox"/> ピョンピョン飛び跳ねたり、体を前後左右にゆする | <input type="checkbox"/> 夜眠れない |
- ※その他気になる行動(どんなことでも)

(.....)

8. その他 ※今後の生活についての希望等があればご記入ください