

ご入居・体験入居をご検討の方へ。分かる範囲でご記入のうえ、FAX でお送りください。空欄のままでも構いません。いただいた内容をもとに、こちらから折り返しご連絡します。

ご相談者について	
ご相談者のお名前	
ご本人との関係	
電話番号	
メールアドレス	
ご相談の種類	<input type="checkbox"/> 施設見学 <input type="checkbox"/> 体験入居 <input type="checkbox"/> 入居希望 <input type="checkbox"/> 相談のみ
支援体制	
援護地 (受給者証の発行地)	
障害福祉課などの担当者	
相談支援事業所・担当者名	
ご本人について	
ご本人のお名前	
ふりがな	
年齢	
身長	
体重	
保護者名	
成年後見人	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申立て中
手帳・医療	
障がい支援区分	分かる場合はご記入ください
愛の手帳 (療育手帳) の度数	
マル障 (医療費助成) 医療証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
自立支援医療証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> あり (医療券を利用) <input type="checkbox"/> なし
かかりつけ医 (医療機関名)	
既往歴	
服薬 (内服薬) お薬の内容もご記入ください	
アレルギー 食物・薬剤・その他	

ご本人のお名前	
日常生活（ADL）	
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
好きな食べ物	
嫌いな食べ物	
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 服を自分で選べるか： <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない
階段の上り下り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄（排尿・排便）	自立／時間誘導が必要／介助が必要 など
リハビリパンツの着用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
行動・特性	
行動援護スコア（合計点数） <small>受給者証や認定通知書に記載</small>	分かる場合のみ
行動援護の支給決定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中
発語	なし／単語が出る／2～3語文 など
失禁 <small>場面・頻度など</small>	
大声 <small>場面・きっかけなど</small>	
自傷 <small>有無と、出やすい場面・背景</small>	
他害 <small>有無と、出やすい場面・背景</small>	
盗食	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
環境の変化への適応	
他者との関わり	
こだわり行動の内容	
その他	
ご質問・ご要望	

※ ご記入いただいた個人情報は、ご相談への対応のみに使用し、第三者へ提供することはありません。

※ ご記入後、FAX 03-5831-5812 までお送りください。メールでのお問い合わせは | Garden ホームページの入力フォームもご利用いただけます。