

レスパイトサービス 利用者プロフィール

年 月 日記入

にチェックをお願いいたします。

ふりがな		性別	生年月日	
利用者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
住所	〒 —	TEL	—	—
伊勢原 市		FAX	—	—
緊急連絡先		自宅・職場及び携帯電話等		
氏名	続柄			
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 職場（会社名）		
TEL	— —	携帯	—	—
通学校	年 組	通所先	勤務先	

障害の状況

療育手帳		障害名・診断名・既往症		
身障手帳	種 級			
服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
処方内容 薬の種類と回数		※写真を必ず添付して下さい		
服用の仕方に留意点があれば具体的に記載 (例えば、飲み物に混ぜないと飲まない等)				
発作	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	回/日・週・月・年		
<input type="checkbox"/> 以前は、あったが現在は無い。				
発作後の状況と対応				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
(有りの場合は食べてはいけない食材・注意しなければいけない環境等を具体的に記載)				

医療機関利用状況

病院名	診療科名・担当医	病名	通院状況
			1回/週・月・年
病院名	診療科名・担当医	病名	通院状況
			1回/週・月・年
病院名	診療科名・担当医	病名	通院状況
			1回/週・月・年

緊急の場合の医療機関

病院名： 診察券番号：

主治医：

TEL — —

緊急に医療機関に連絡しなければならない状況について

ご家庭での生活状況（できるだけ詳細にご記入いただくと助かります。）

ご家庭での日常の生活の様子・生活リズム

起床時間： 就寝時間：

家庭で自立・習慣化している活動（例：洗濯物をたたむ等）

周囲の人が困っている行動（例：他者に手が出てしまうことがある等）

好きなもの・得意なもの（例：歌をうたうこと、塗り絵等）

こだわっている行動・もの・ひと（例：時間、キャラクター等）

不快なもの・苦手なもの・嫌いな刺激や関わり方（例：子どもの泣き声、工事の音等）

生活・行動について（見守り注意や介助が必要な場合は具体的に）

歩行	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> ある程度の介助必要 <input type="checkbox"/> 全介助
その他：	
食事	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> ある程度の介助必要 <input type="checkbox"/> 全介助
その他：	
偏食の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
おやつ・おかずなど具体的に：	
排泄	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> ある程度の介助必要 <input type="checkbox"/> 全介助
時間排泄の方は、具体的に：	
着脱衣	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> ある程度の介助必要 <input type="checkbox"/> 全介助
その他：	

*このプロフィール表は、レスパイトサービスご利用にあたり、事前にご本人の状況を確認し、安全に実施する目的で提出していただきます。主旨をご理解の上、協力をお願いいたします。

*記載していただいた個人情報は、本事業のみに使用します。