

体験入居申込書

年 月 日 記入者()

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	年 月 日 (歳)	
ふりがな		続柄	生年月日	
保護者氏名			年 月 日 (歳)	
住所	(〒 -)		電話番号	
自宅以外の 緊急連絡先	(〒 -)		電話番号	
障害状況	障害名 愛の手帳 度 障害支援区分 身体障害者手帳 種 級			
家族状況 (主な支援者に ○を)	氏名	続柄	生年月日	勤務先又は携帯電話番号
状態	(歩行介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) (階段介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) (乗車介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)			
	(トイレ介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) (紙パンツ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (便尿失禁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	(入浴介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) (着替え <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)			
	(食事介助 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要) (食欲 <input type="checkbox"/> 強 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 弱) (アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)			
	(奇声・大声 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無) (他害・自傷 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 無)			
	(就寝後の起きだし <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 無) (時頃就寝) (時頃起床)			
	備考・要望・特記事項			
利用者の日中利用施設 または よく利用する施設 関係機関	(例)相談支援事業所・青年学級・移動支援事業所など			