

調 査 書

名前		性別		生年月日	年 月 日 (歳)	
住所	〒					
連絡先	自宅電話:		携帯電話:			
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()					
現在の住まい	構造	<input type="checkbox"/> 戸建て (階建て)				
		<input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建ての 階) エレベーター(有 ・無)				
	所有	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家				
	間取り		本人の寝室の場所			
	住宅改修の必要性	<input type="checkbox"/> 済 (改修した場所:)				
<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> まだだが必要 <input type="checkbox"/> 必要かどうか不明						
家族について						
名前	続柄	年齢	同居／別居	会社名・学校名・収入等	主に行う人に○	
					受診付添	金銭管理
			同居・別居			
			同居・別居			
			同居・別居			
			同居・別居			
			同居・別居			
(特記事項)						
生育歴 (出生から今回の病気やケガがおきる前までの経過)						
年月日 / 年齢		できごと(学歴、職歴、家庭の状況 など)				

体の状態や医療面					
病気やケガがおきた日	年 月 日（その時の年齢： 歳）				
診断名					
発症の経過					
麻痺	<input type="checkbox"/> 有（部位： ） <input type="checkbox"/> 無				
障がいや病気について	<input type="checkbox"/> 飲み込みの障がい <input type="checkbox"/> 視覚障がい <input type="checkbox"/> 聴覚障がい <input type="checkbox"/> 味覚障がい <input type="checkbox"/> 嗅覚障がい <input type="checkbox"/> しびれや痛み（部位： ） <input type="checkbox"/> 排泄の障がい <input type="checkbox"/> 褥瘡（床ずれ） <input type="checkbox"/> てんかん発作（頻度： 、直近の発作が起きた日： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
病気やケガで現在までにかかった病院	病院名	科	入院／通院	病名	処方薬
	①		入院・通院		有・無
	②		入院・通院		有・無
	③		入院・通院		有・無
	④		入院・通院		有・無
退院後に受診予定の病院	<input type="checkbox"/> 決まっている（病院名 科： ）				
【入院中の方のみ】	<input type="checkbox"/> 決まっていない <input type="checkbox"/> 不明				
高次脳機能障がいについて	<input type="checkbox"/> 障がいはない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 診断がついている <input type="checkbox"/> 医師等から聞いたことがある				
病気やケガの前後で変わったこと	本人				
	家族等				
これまでにかかった病気やケガ					
身長・体重	身長（ cm）				
	体重（ kg） 、 病気やケガ以前の体重（ kg）				
しこう品	<input type="checkbox"/> 飲酒（病気やケガ以前： ）（現在： ）				
	<input type="checkbox"/> 喫煙（病気やケガ以前： ）（現在： ）				

仕事や経済面	
現在の 就労・就学状況	<input type="checkbox"/> 休職中(期間: 迄) <input type="checkbox"/> 休学中(期間: 迄) <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 在学中 <input type="checkbox"/> 専業主婦(夫) <input type="checkbox"/> 無職 (病気やケガの後に退職した ・ 病気やケガの直前は働いていなかった)
会社(学校)名	
仕事内容	
加入保険	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> 免除申請 <input type="checkbox"/> 不明
傷病手当	<input type="checkbox"/> 有(受給期間: 迄) <input type="checkbox"/> 無
雇用(失業) 保険	<input type="checkbox"/> 有(受給期間: 迄) <input type="checkbox"/> 無(受給期間延長の申請: 済 ・ 未) <input type="checkbox"/> 不明
現在の 収入源	<input type="checkbox"/> 家族の給与(家族からの支援) <input type="checkbox"/> 預貯金 <input type="checkbox"/> 傷病手当 <input type="checkbox"/> 本人の給与 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 障がい年金 <input type="checkbox"/> 労災休業補償 <input type="checkbox"/> その他()
各種制度	
介護保険	<input type="checkbox"/> 有 (介護度: 、 交付日:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請予定(申請時期:) <input type="checkbox"/> 申請中(交付時期:)
身体障がい者 手帳	<input type="checkbox"/> 有 (等級: 級、 交付日:) (手帳に記載の障がい名:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請予定(申請時期:) <input type="checkbox"/> 申請中(交付時期:)
精神障がい者 保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 有 (等級: 級、 交付日:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請予定(申請時期:) <input type="checkbox"/> 申請中(交付時期:)
療育手帳	<input type="checkbox"/> 有 (程度: 、 交付日:) <input type="checkbox"/> 無
補装具 【使用中の方のみ】	<input type="checkbox"/> 車椅子 購入済 ・ 作製中 ・ 病院から貸出中 ・ 業者からレンタル中 ・ ()
	<input type="checkbox"/> 杖 購入済 ・ 作製中 ・ 病院から貸出中 ・ 業者からレンタル中 ・ ()
	<input type="checkbox"/> 足の装具 購入済 ・ 作製中 ・ 病院から貸出中 ・ 業者からレンタル中 ・ ()
	<input type="checkbox"/> 購入済 ・ 作製中 ・ 病院から貸出中 ・ 業者からレンタル中 ・ ()
	<input type="checkbox"/> 購入済 ・ 作製中 ・ 病院から貸出中 ・ 業者からレンタル中 ・ ()
障がい福祉 サービスの 受給	<input type="checkbox"/> 有 (障がい支援区分: 、 有効期限:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請予定(申請時期:) <input type="checkbox"/> 申請中(交付時期:)

これまでの福祉サービス利用歴	<input type="checkbox"/> 有 利用したサービスの内容:		
	<input type="checkbox"/> 無		
サービスの利用状況			
利用中のサービス ・相談機関 【利用中の方のみ】	支援機関名	担当者	内容
今後の生活について			
自立センターで 希望する 訓練内容	本人		
	家族等		
これから 望む生活	本人		
	家族等		

<備考欄>

記入日: 年 月 日
 記入者: (本人との関係:)