

愛知県三河青い鳥医療療育センター入所希望受付票（記入例）

枠内に記入、もしくは当てはまる口に✓してください。

記入年月日 平成 29 年 3 月 1 日

入所希望者	かな	みかわ あおい		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 55 年	
	氏名	三河 葵			<input checked="" type="checkbox"/> 女		4 月 1 日（満 36 歳）	
記入者	かな	みかわ たろう		続柄	父			
	氏名	三河 太郎			連絡先	自宅	0564-△△-××××	
						携帯	090-4166-4874	
				連絡希望時間	いつでも 携帯優先			
連絡先住所	〒 444-0002 岡崎市高隆寺町高隆寺町字小屋場9番地2 ※マンション・アパート名、お部屋番号までご記載ください。							
入所を希望する理由等	(記載例) 両親の高齢、病気のため等。 (入所希望時期) 29 年 10 月頃から							

入所希望の方の情報になります。

ご記入者の情報になります。

ご希望の時間帯、また携帯電話が優先の場合は、「携帯」とご記載ください。

◆現在施設に入所中の方は施設名、入所した時期、入所理由を記載してください。

施設名	入所時期
愛知県青い鳥医療療育センター	H 23 年 1 月から
入所理由	
介助者が健康理由から、家での介護が難しくなったため。	

身体障害者手帳の『障害名』の欄をご参考ください。

◆入所希望者の状況

身体障害者手帳	等級	1 種 1 級	障害名	脳性麻痺による体幹機能障害			
療育手帳	A 判定	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6	身長	155 cm程度	体重	35 kg程度
運動機能	<input checked="" type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 半寝返り可 <input type="checkbox"/> 寝返り可 <input type="checkbox"/> 腹這い可 <input type="checkbox"/> 四つ這い可 <input type="checkbox"/> 座ったままで進む <input type="checkbox"/> 介助すれば歩くことが可能 <input type="checkbox"/> 一人で歩ける						
医療的ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input checked="" type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> 常時 <input checked="" type="checkbox"/> 随時： 体調不良時) <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ()						
既往歴	<input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> イレウス <input checked="" type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 (部位：) <input checked="" type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()						

酸素吸入・人工呼吸器を随時使用の場合

(例) 夜間のみ

イレウスは腸閉塞をさします。

記入はここまでです。