

愛知県三河青い鳥医療療育センター入所希望受付票

(入所待機登録者用)

※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 年 月 日

入所希望者	かな		性別	<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年
	氏名			<input type="checkbox"/> 女		月	日	
記入者	かな		続柄		連絡先	自宅		
	氏名					携帯		連絡希望時間
連絡先住所	〒							
入所を希望する理由	入所希望時期 平成 年 月頃から							

◆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	年 月から
入所理由		

◆入所希望者の状況

身体障害者手帳	等級	種	級	障害名
療育手帳	判定	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	身長 <input type="text"/> cm程度 体重 <input type="text"/> kg程度
運動機能	<input 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 type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 随時 :) <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 type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 骨折 (部位 :) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()			

記入はここまでです。

利用希望者状況調査票ともに三河青い鳥へ郵送ください。