

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 令和 X 年 X 月 X 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 X 年	
	氏名	三河 葵			<input checked="" type="checkbox"/> 女		X 月 X 日 (満 XX 歳)	
記入者	かな	みかわ たろう		続柄	父		自宅	0564-XX-XXXX
	氏名	三河 太郎			連絡先	携帯	090-XXXX-XXXX	連絡希望時間
連絡先住所	〒 444-XXXX 岡崎市〇〇町〇〇XX番地 〇〇アパートXX号室							
入所を希望する理由	入所希望時期 (<input checked="" type="checkbox"/> 令和 X 年 X 月頃から <input type="checkbox"/> できるだけ早く) 〇〇〇〇のため							

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、「携帯優先」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	愛知県青い鳥医療療育センター	
入所時期	平成 X 年 X 月から	
入所理由	〇〇〇〇のため	

身体障害者手帳の『障害名』の欄をご記入ください。

◆入所希望者の状況

身体障害者手帳	等級	1 種 1 級		障害名	〇〇による体幹機能障害 起立・歩行・座位不能		
療育手帳	A 判定	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6	身長	XXX cm程度	体重	XX 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 type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input 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。