

日中一時支援サービス計画

別紙2-①

東京都東村山福祉園

利用者氏名					家庭での呼称					
個人情報	生年月日	年 月 日 (歳)			障害状況 (診断)					
	給付費	支給量/月								
	利用開始日	令和	年 月 日		障害程度	愛 の 手 帳		度		
	利用終了日	令和	年 月 日			身体障害者手帳		種 級		
	家 庭	保 護 者 名				身体状況	身長	cm	体重	kg
		住 所								
		電 話 番 号								
	緊急連絡先					平 熱	度	血 液 型	型	
在籍学校		特別支援学校 部 年								
障害状況	発作		有 無	(有・無)						
			痙攣の有無	(有・無)						
			いつ頃から							
			頻 度							
			状 況							
	薬		有 無	(有・無)						
			薬の種類							
服薬時間										
服薬方法										
その他										
健康状態	かかりやすい疾患はありますか どんなものですか		(有・無)							
	体調が悪くなる前ふれとしては、どんな様子が見られますか。									
	アレルギーの有無		(有・無)							
	緊急時の対応には、当園の医務科を受診しますか		(はい・いいえ)							
	かかりつけ医の有無 その連絡先		(有・無)							

基本的 生活の ご様子	食 事	時 間	規則的 ・ 不規則			
		所要時間	時間 分くらい			
		要支援度	自律 ・ 半支援 ・ 全支援			
		偏 食	なし ・ あり（ ）			
		用 具				
		大きさ	普通 ・ 一口大 ・ 粗刻み ・ 刻み			
	睡眠	起 床	規則的	時頃	不規則	時頃
		就 寝	規則的	時頃	不規則	時頃
	着 脱	自 立				
		要支援度	上半身			
			下半身			
	排 泄	排 尿	自立 ・ 要支援	合図（ ）	誘導時間	
		排 便	自立 ・ 要支援	合図（ ）	誘導時間	
		オムツ使用	有 ・ 無			
	移動	全支援				
半支援						
心理面 のご様子	意志疎通 の状況					
	情緒・行 動の特徴					
	学習及び 作業の特 徴					
	遊び・趣 味・余暇 等の状況					
保 護 者 の ご 意 向	利用期間 中のご希 望					
支援目標と留意点						
		(職員が記入します。)				
担当職員		令和 年 月 日				