

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
		住所 電話番号 緊急連絡先				体重	kg
					平熱	度	血液型
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
	好みの服		
	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	