

申請理由	
サービス	<p>●おやつを提供 1. 希望します 2. 希望しません</p> <p>●送迎サービスの利用 1. 希望します 2. 希望しません</p>
支給決定	<p>●放課後等デイサービスの支給決定 1. 受けている 2. 受けていない</p> <p>●相談支援事業所における計画相談</p> <p>1. 済んでいる 2. これから行う予定 3. セルフプランの予定</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>相談支援事業所名 (_____)</p>

健康状態	<p>服薬 なし ・ あり (ありの方は下に薬の名前または種類を書いてください)</p> <p>アレルギー・てんかん発作</p> <p>最近の様子</p>			
	医療機関	病院名	診療科名	主治医

	着替え	一人でできる	・ 一部手伝う	・ 全て手伝う
	身だしなみ	一人でできる	・ 一部手伝う	・ 全て手伝う
	洗面	一人でできる	・ 一部手伝う	・ 全て手伝う
	歯磨き	一人でできる	・ 一部手伝う	・ 全て手伝う
	排泄（小）	一人でできる	・ 一部手伝う	・ 全て手伝う
	排泄（大）	一人でできる	・ 一部手伝う	・ 全て手伝う
	生理	一人でできる	・ 一部手伝う	・ 全て手伝う
	移動（屋内）	一人でできる	・ 一部手伝う	・ 全て手伝う
	移動（屋外）	一人でできる	・ 一部手伝う	・ 全て手伝う
	食 事	一人でできる	・ 一部手伝う	・ 全て手伝う
その他				

※後日、聞き取り調査を実施いたしますので、分かる範囲で記入してください。

※施設側記入欄

受付番号：	区分：新規 ・ （ ）
受付日：令和 年 月 日	受付者：