

調査書

(福祉事業所 利用者用)

ふりがな				性別	現住所			
氏名	平成 年 月 日生			男・女				
施設名			利用期間	平成 年 月 利用開始		発達障がい の診断の有無	あり ・ なし	
所属	科			平成 年 月 退所 退所見込				
障害者手帳の有無		療育手帳 ・ 身体障害者手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳			等級			

療育の記録	利用開始時の課題点			現在の課題点			
	療育の方法		期間	療育中の状況・評価			
職業意識			進路指導の状況・経過				
	身辺処理能力	洗面・歯磨き	自立 ・ 確認必要 ・ 介助必要		社会適応能力	(趣味・特技)	
		脱着衣	自立 ・ 確認必要 ・ 介助必要			(金銭感覚)	
		入浴	自立 ・ 確認必要 ・ 介助必要			(移動能力)	
		洗濯	自立 ・ 確認必要 ・ 介助必要				
		身辺整理	自立 ・ 確認必要 ・ 介助必要				
		身だしなみ	自立 ・ 確認必要 ・ 介助必要				

健康状態	合併症			特に留意すべき点		
	現在治療中の疾病					
	通院・投薬の有無	○通院 有・無 ()				
		○投薬 有・無 ()				

行動及び性格の記録	項目	明朗・快活	自主性	向上心	責任感	思いやり	協調性	公正・公平	情緒の安定	反社会的行動	非社会的行動
	評価										
	具体的特長										
上記評価は利用者相互の比較によるものでなく、本人の特長を示すものに○印をつけるものとする。											

身体状況 (検査日 平成 年 月)					
身長	cm	体重	Kg	胸囲	cm
視力	右 ()	色覚		聴力	右
	左 ()				左
機能障害	その他			備考	

本人の長所・推薦事由 備考欄		
-------------------	--	--

記載者	Ⓜ
-----	---

上記の記載事項に誤りのないことを証明します。

平成 年 月 日

(所在地)

(事業所名)

(代表者名) Ⓜ