

障 害 調 書

ふりがな 氏名：	性別 男・女	生年月日 昭・平 年 月 日生(満 歳)
〒 - 住所：	連絡先： - -	
身障手帳： 種 級(番号 第 号) 愛の手帳： 度 療育手帳： A・B1・B2		
障 害 名： (歳より) ・松葉杖 ・他() ・車椅子(手動・電動)		
障 害 部 位： 体 幹 ・上 肢 (右・左) ・下 肢 (右・左) ・言 語 ・聴 力 ・その他()		
言 語 障 害： 無 ・ 有 → ・聞き取り困難 ・かなり分かりにくい ・少し分かりにくい ・分かりやすい		
聴 力： 正 常 ・ 難 聴 → 右 db 左 db		
身 長： cm 体 重： kg		
視 力： 右 (矯正視力) 左 (矯正視力)		
痙 攣 発 作： 無 ・ 有 → 発作時の対応：		
服 薬： 無 ・ 有 → 薬の名前() 服薬の時間： 朝 ・ 昼 ・ 夜		
健 康 状 態： 良 好 ・ 既往症または慢性病： ()		
A D L	移 動： 自 立 ・ 部分介助 ・ 半介助 ・ 全介助	
	着 脱： 自 立 ・ 部分介助 ・ 半介助 ・ 全介助	
	食 事： 自 立 ・ 部分介助 ・ 半介助 ・ 全介助	
	排 泄： 自 立 ・ 部分介助 ・ 半介助 ・ 全介助	
連 続 歩 行： _____ km または _____ 時間可能		
階 段： 昇り… 不可能・可能 (手すり要・不要) 降り… 不可能・可能 (手すり要・不要)		
バ ス 乗 降： 不可能・可能 (要介助・介助不要)		
公 共 交 通 機 関： 利用 無 ・ 有 (主に _____ 線 _____ 駅 ~ _____ 駅)		
迷子の経験： 無 ・ 有 その時の対応： _____		
電 話： 経験 無 ・ 有 ・ 会話可能 ・ 一方的に話すのみ		
筆 記： 不可能・可能 筆記速度 (・ 普通 ・ やや遅い ・ 遅い ・ 非常に遅い)		
パ ソ コ ン： 経験 無 ・ 使える (機種は： _____)		
ワ ー プ ロ： 経験 無 ・ 使える (機種は： _____)		
その他の注意事項 (日常生活上、知っておいて貰いたいことを記入して下さい)		
福祉施設または病院への入院経験		
病院または施設名	期 間	主な治療内容
1.	歳 ~ 歳	
2.	歳 ~ 歳	