

		児童コード	-
児童名:	フリガナ:	生年月日:	
児童名:	フリガナ:	生年月日:	
児童名:	フリガナ:	生年月日:	
児童名:	フリガナ:	生年月日:	
児童名:	フリガナ:	生年月日:	
入会希望施設名:			

看 護 等 状 況 申 告 書

(放課後児童室入会申請用)

年 月 日

看護する方	氏名		児童との続柄	
	住所	つくば市		
看護等が必要な方	氏名		看護する方との関係	
	住所	(同居・別居)		
看護等を必要とする理由	身体障害者手帳 (級) ・ 精神障害者保健福祉手帳 (級)			
	療育手帳 ()			
	介護保険 (要支援 ・ 要介護)			
	その他 ()			
	※ 別居の方の看護等の場合、あなたが看護等にあたらなければならない理由			
現在の状況	食事	☐ 1人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	排泄	☐ 1人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	入浴・洗顔	☐ 1人でできる ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	その他	※ 具体的にご記入ください。		
看護等の状況	看護等に当たっている日数 週 () 日			
	通院・通所に付き添う日数 週 () 日			
	1日あたり _____ 時間 (時 分 ~ 時 分)			
	通院・通所先 ・ 施設名 ()			
	・ 所在地 ()			

※ 裏面もご記入ください。

○ 1日のスケジュール(上段に看護内容をご記入いただき、下段には利用する介護サービス等をご記入ください。)

6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00

○ 現在利用中の介護サービス・利用頻度

- ・ 週 ・ 月 日
- ・ 週 ・ 月 日
- ・ 週 ・ 月 日

※ スケジュール記載例

6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00
	↔					↔				↔	↔	↔			
	食事介助					食事介助				入浴・着替		食事介助			
		←													→
						排泄・体位変換(随時)									
							↔								
							ヘルパー利用								

○ 介護サービスの利用頻度

- ・ ヘルパー利用 (週) ・ 月 2日
- ・ デイサービス (週) ・ 月 1日
- ・ ショートステイ 週 ・ (月) 1日

※ 申込日前月の状況をご記入ください。

※ 障害者手帳の写し、介護保険者証の写し、診断書を別途添付してください。