

児童コード	-
-------	---

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

(アフタースクール区分2利用申請用)

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	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴・洗顔	<input type="checkbox"/> 1人でできる	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 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。