

状況調査票

年 月 日現在

利用者	ふりがな			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日		
	氏名				入所年月日		
住所	〒				電話番号		
緊急時 連絡先	①	氏名			電話番号		
			続柄 ()				
	②	氏名			電話番号		
			続柄 ()				
家族の状況	氏名		続柄	生年月日	年齢	現住所	同居別
成年後見人	有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 後見人氏名：					
身体障害者手帳	有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級					
	種類	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他 ()					
療育手帳	有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	等級	<input type="checkbox"/> 最重度 (A1) <input type="checkbox"/> 重度 (A2) <input type="checkbox"/> 中度 (B1) <input type="checkbox"/> 軽度 (B2)					
精神障害者 保健福祉手帳	有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級					
障害基礎年金等級	等級	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級					
障害支援区分	区分	<input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分6					

生活状況 (成育歴)	乳幼児期	
	学齢期	
	青年期	
	現在	

