

利用児（日中一時支援・短期入所）の生活状況について（個別支援計画書）

記入日：令和 年 月 日

ふりがな 利用児氏名	男 ・ 女	生年月日	平成 令和	年	月	日 () 歳
カルテ番号		センター主 治医				
身障手帳		療育手帳	A1・A2・B1・B2			
受給者名		受給者番号				
適用期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで					
住所	県 市・郡 町・村 番地					
保護者 緊 急 連絡先	様		続柄	電話		
	様		続柄	電話		
	自宅・勤務先		電話			
診断名						
アレルギーの有無		☐ 無 ☐ 有				
必要な	☐ 吸 引 ☐ 経管栄養 ☐ 導 尿 ☐ 気管切開 ☐ 酸素吸入					
医療的ケア	☐ 噴霧吸引 ☐ 座 薬 ☐ てんかん発作 ☐ その他					

* 医療的ケア欄にチェックされた児は、医師の指示書が必要になります。

利用児および家族の希望（ご希望をチェックしてください）

☐ 日中一時支援・短期入所を希望
困っていること・支援してほしいこと

医師の所見・方針

条件等	☐ 宿泊を許可する	☐ 日帰り利用のみを許可する
	☐ 日帰り利用から	☐ 平日のみ
	☐ 平日1泊から	☐ 食事状況の観察後
	☐ 初回はセンター周辺で保護者待機要	☐ その他()
	☐ その他()	
医師の所見の下に契約し、これらの情報を関係機関へ開示することに同意します。		
保護者氏名		
説明を行った日 令和 年 月 日		
説明者サイン 岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター 医師		
次回更新予定月		令和 年 月