記入日　令和　　年　　月　　日

# 7　福祉サービス

利用しているサービスに　☑チェックを付けてください。

| 障害福祉サービス | 障害児通所支援 |
|---|---|
| □　①居宅介護（ホームヘルプ） | □　⑬児童発達支援 |
| □　②重度訪問介護 | □　⑭医療型児童発達支援 |
| □　③行動援護 | □　⑮放課後等デイサービス |
| □　④同行援護 | □　⑯保育所等訪問支援 |
| □　⑤短期入所（ショートステイ） | |
| □　⑥重度障害者等包括支援 | |
| **地域生活支援事業** | **訪問看護** |
| □　⑦相談支援 | □　⑰食事・トイレ・入浴などの介助・指導 |
| □　⑧日常生活用具給付 | □　⑱血圧・脈拍・体温などのチェック |
| □　⑨コミュニケーション支援（手話等） | □　⑲点滴・注射などの医療処置 |
| □　⑩移動支援 | □　⑳在宅酸素などの医療機器の管理 |
| □　⑪日中一時支援 | □　㉑ターミナルケア |
| □　⑫訪問入浴サービス | □　㉒床ずれなどの防止・ケア・指導 |
| | □　㉓在宅リハビリテーション |
| | □　㉔介護・認知症などの相談 |
| | □　㉕家族への介護指導・相談 |
| | □　㉖低栄養・運動機能低下などのアドバイス |

上記でチェックを付けたサービスの番号を記入してください。

| No. | 利用開始時期 | 利用終了時期 | 事業所名 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

前ページでチェックを付けたサービスの番号を記入してください。

| No. | 利用開始時期 | 利用終了時期 | 事業所名 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |