

児童名		年 月 日生	施設名	(在園・申込第一希望)
児童名		年 月 日生	施設名	(在園・申込第一希望)
児童名		年 月 日生	施設名	(在園・申込第一希望)

# 介護・看護状況申告書

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

草加市長 宛て

介護・看護に当たっている状況について、次のとおり申告します。

## 1. 介護（看護）者・被介護（看護）者

	氏 名	児童との 続柄	住 所・電話番号
介護・看護に当たる方			電話 ( )
介護・看護が必要な方			電話 ( )
			電話 ( )

## 2. 介護・看護の状況

介護・看護を 必要とする理由  該当するものに☑・○を してください。	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（種・級） …… ( ) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 …… ( 級 ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 …… ( 級 ) <input type="checkbox"/> 介護認定被保険者証 …… ( 要介護： 1 2 3 4 5 ) <input type="checkbox"/> その他 …… ( 病名 )
介護・看護の状況  該当するものに○を してください。	食事 (一人でできる・一部介助・全介助) 入浴・洗顔等 (一人でできる・一部介助・全介助) 排泄 (一人でできる・一部介助・全介助) 特別な医療・介護・看護等 (無・有 ⇒ 内容： )
介護・看護の日数	介護・看護に当たっている日数 ____ 日 / 1か月あたり 通院・通所に付き添う日数 ____ 日 / 1か月あたり
その他具体的な 介護・看護内容	
添付書類  該当するものに☑を してください。	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳写し <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳写し <input type="checkbox"/> 療育手帳写し <input type="checkbox"/> 介護認定被保険者証写し <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 入院計画書等写し <input type="checkbox"/> ケアプラン写し <input type="checkbox"/> その他 ( )

3. 通院先・通所先（ \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月現在）

	名 称	所 在 地	日 数	所要時間
A			1 か月 ____ 日	時間 ____ 分 (通所片道 ____ 分を含む)
B			1 か月 ____ 日	時間 ____ 分 (通所片道 ____ 分を含む)
C			1 か月 ____ 日	時間 ____ 分 (通所片道 ____ 分を含む)
D			1 か月 ____ 日	時間 ____ 分 (通所片道 ____ 分を含む)
E			1 か月 ____ 日	時間 ____ 分 (通所片道 ____ 分を含む)

4. 1か月の通院（通所）スケジュール（ \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月分）

- ▶ 入園申込前月の状況を記入してください。
- ▶ 例を参考に3. で記入した通院・通所先A～Eをスケジュールに記入してください。
- ▶ 介護・看護をした日付に○をしてください。
- ▶ 介護・看護をしなかった日は、どのように対処をされたか記入してください。

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	【例】 ① C      ② A・B      ③ (ヘルパー利用) B			

5. 1日の介護・看護スケジュール

- ▶ 介護・看護に当たる方が行うことを記入してください。

	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
【例】	← 起床 洗顔等 →		← 食事介助 →		← 医師診察等 →		← 食事介助 →		← 入浴介助 →			← 食事介助 →		← 就寝準備・ 就寝中の体位変換 →		
	(排泄介助が日に平均6回) (体位変換が2時間に1回)															