

名古屋市障害児（者）緊急短期入所空床確保事業
共通アセスメントシート

作成日： 年 月 日

【緊急利用者について】

ふりがな				性別	男	生年月日	(歳)
氏名					女		
住所					TEL		
					携帯		
相談支援事業所名				障害福祉サービス等利用状況			
障害支援区分		手帳状況	知的(度) ・ 身体(種別 / 級) 精神(級) ・ その他()				
身体状況・健康状態等							
感染症の有無	無/有()						
服薬状況・アレルギー	朝 無/有()						
	昼 無/有()						
	夕 無/有()						
	その他()						
	アレルギー()						
障害特性・支援上配慮が必要なこと・本人の好み等							
本人のより詳細な情報を得る場合の連絡先	氏名				続柄	TEL	
					()		

【本シートの記入者】

事業所名				氏名			
問い合わせ先	TEL・携帯						