**療 養 状 況 申 告 書**

　　年　　月　　日

（宛先）野田市長

申告者　住 所

氏 名

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）**

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

1. **介護・看護の状況**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護・看護を  必要とする理由  （手帳等の写しを添付） | 身体障害者手帳（　　　種　　　　級）（　　　　　　　　　）  療育手帳　　　　　　程度　　　　　 （　　　　　　　　　）  精神障害者保健福祉手帳（　　　　級）（　　　　　　　　　）  介護認定　　　要介護（　　　　　）要支援（　　　　　　）  その他の介護・看護（病名　　　　　　　　　　　　　　　 ） | |
| 介護・看護の状況 | 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 |
| 炊事・洗濯・買い物等 | 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（　　　　　　　　　　　） |
| 介護・看護日数  ※「介護・看護に当たる方」が実際行っている日数を記入 | 介護・看護に当たっている日数　　１週あたり（　　　　）日 | |
| 通院・通所に付添う日数　　　　　１週あたり（　　　　）日 | |
| その他の具体的な  介護・看護内容 |  | |

※裏面もご記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | 生年月日 | 状況 | 市使用欄 |
|  | 年 月 　日 | 新規 ・ 入所中 |  |
|  | 年 月 　日 | 新規 ・ 入所中 |  |
|  | 年 月 　日 | 新規 ・ 入所中 |  |

1. **通院先・通所先（　　　　　年　　　月現在）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名　　　称 | 所在地 | 日　　数 | 所要時間 |
| Ａ |  |  | １カ月(　　 )日 | 時間　　　 　　分  (通所時間　　　　　分を含む) |
| Ｂ |  |  | １カ月(　　 )日 | 時間　 　　　　分  (通所時間　　　　　分を含む) |
| Ｃ |  |  | １カ月(　　 )日 | 時間　 　　　　分  (通所時間　　　　　分を含む) |
| Ｄ |  |  | １カ月(　　 )日 | 時間　 　　　　分  (通所時間　　　　　分を含む) |
| Ｅ |  |  | １カ月(　　 )日 | 時間　 　　　　分  (通所時間　　　　　分を含む) |

1. **１カ月の通院（通所）スケジュール（　　　　　年　　　月分）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　Ｂ  ヘルパー利用 | |

※入所申込み前月の状況を記入してください。

「通院先・通所先」欄のＣの施設に通所したことを意味します

※例を参考に、「通院先・通所先」欄のＡ～Ｅを記入してください。

※「介護・看護に当たる方」が実際に介護・看護をした日付に○を付けてください。

　介護・看護をしなかった日は、どのように対処されたか記入してください。

1. **１日の介護・看護スケジュール**

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） 食事介助　　　　週2回　　　食事介助　　　　　リハビリ　　 入浴介助

　　 　　　　　　　　　　　　病院付添

　　　　　　（排泄介助が日に平均６回）（体位変換を２時間に１回）

※日によって異なる場合は、２段書きにするなど、分かるように記入してください。

**※申告内容について、通院(通所)先または介護・看護が必要な方に確認することがあります。**