

(別紙様式)

# 生活状況調査書

記入日 令和 年 月 日

記入者名 (続柄)

ふりがな			生年月日	昭和・平成 年 月 日
本人氏名	( 歳 )	市町村名	市・町	
		保護者氏名	(続柄)	
障害基礎年金	1級・2級・申請中・受給なし		障害支援区分	1・2・3・4・5・6・無
特別児童扶養手当	1級・2級・申請中・受給なし		療育手帳	A1・A2・B1・B2
特別障害者手当	受給している・受給なし		精神障害者保健福祉手帳	1級・2級・3級
障害児福祉手当	受給している・受給なし		身体障害者手帳	種 級
健康状態 (症状など)	良好・不調 (○をつけてください) [ ] (身体・精神・発達障害、てんかん等)		現在の 院 状 況 等	病院及び診療科名 [ ] 通院状況 週・月・年 回 服薬状況 1日 回
移動	歩行	1.自立 2.杖、歩行器等使用 3.見守り等 4.一部介助 5.不可		
	車椅子	1.不使用 2.自立 3.一部介助 4.全介助		
	外出	1.バスや電車の利用自立 2.慣れた場所であれば自立 3.付き添いが必要 4.不可		
日常生活 状況	食事	1.自立 2.見守り等 3.一部介助 4.全介助 5.その他 ( )		
	排泄	1.自立 2.見守り等 3.一部介助 4.全介助 5.その他 ( )		
	生理(女)	1.自立 2.見守り等 3.一部介助 4.全介助 5.その他 ( )		
	入浴	1.自立 2.見守り等 3.一部介助 4.全介助 5.その他 ( )		
	更衣	1.自立 2.見守り等 3.一部介助 4.全介助 5.その他 ( )		
	家事能力	1.整理整頓 2.掃除 3.洗濯 4.簡単な調理 (できるものに○をつけてください)		
	その他	(特記事項等)		
社会 生活 状況	意思疎通	1.主に言語による 2.言語と身振りによる 3.身振りのみ 4.言語、身振りともになし 5. その他 ( ) (ここ数年の変化等)		
	特 性 問題行動			
	金銭処理	1.不可 2.必要な金額を渡せば支払える 3.千円札などのお金を払い、釣りを受け取る 4.値段に応じて小銭が出せる (476円等) 5.自動販売機で買える 6.店頭で買える 7.計画的に使える (無駄遣いしない) 8.貯金ができる 9.その他 ( ) (趣味や楽しみ等)		
	余暇活動			
	就労先(社名) 利用施設名	( 年 月から利用)		
	就労・作業 の内容や 取組状況			
相談等	※困っていることや相談したいことがあれば、簡単に記載してください。			

## 生活状況調書について

### 1. 利用者状況調書の提出について

この調書は、療育手帳に係る再判定や処遇相談を行うに当たり、提出をしていただくものです。

※施設の担当者が記載する場合は、その旨について、あらかじめ御本人又は保護者の承諾を得てください。

### 2. 利用者状況調書の記入上の留意点について

この調書は、判定を行う際に大変重要な資料となりますので、以下に留意をしていただき、正確に記入してください。

(記入上の留意点)

- ① 【記入日、記入者】調書を記入した日と記入した方の氏名を書いてください。続柄は、記入者と判定を受ける方との関係（父、母、兄弟、施設職員等）を書いてください。
- ② 【氏名、生年月日、市町（居住地）、保護者氏名、障害基礎年金、各種手当、障害支援区分、各種手帳】判定を受ける方に関して記入してください。
- ③ 【健康状態】判定を受ける方の現在の健康状態について書いてください。病名や症状についても併せて記載願います。  
※現在は健康でも、前回の判定以降に重い病気にかかったことがあれば、その病名等についても記入してください。
- ④ 【障害名】これまで医師から診断を受けた障害名や病名について書いてください。
- ⑤ 【通院の状況】判定を受ける方が現在通院している病院の名前や診療科（内科、精神科、整形外科等）、通院頻度や服薬の状況について記載してください。  
※処方されている薬の名前等をお尋ねすることがありますので、薬の内容について良く確認をしておいてください。
- ⑥ 【移動、日常生活状況】判定を受ける方について該当する番号に○を付けてください。
- ⑦ 【社会生活状況】判定を受ける方について該当する番号に○を付けてください。前回の判定以降の様子で気にかかること、余暇の過ごし方や楽しみにしていることを自由に記入してください。また、現在の就労・作業状況について、会社名または利用施設名と、就労や施設の利用を始めた時期、取り組み内容を記載してください。なお、グループホーム等、他の利用施設があればその施設名も記載願います。
- ⑧ 【相談等】問題行動や困っていることなどがあれば簡単に記載してください。  
※詳しい相談を御希望の場合は、事前に下記まで御連絡をお願いします。

### 《連絡先》

栃木県障害者総合相談所 知的障害支援課  
〒320-8503 宇都宮市駒生町3337-1  
電話番号 028-611-1208  
FAX番号 028-623-7255