

NPO法人アダプティブワールド プログラムエバリュエーションシート

記入年月日:20 年 月 日 ()

フリガナ	性別		男	女
	血液型		型	
名前	生年月日		(西暦) 年 月 日()歳	
住所	〒 都 道 区 市 府 県 郡			
電話番号	自宅Tel: () - FAX : () - 携帯Tel: () -	緊急連絡先	Tel: 様方 関係()	
E-mail	携帯可			
主な障害・ 疾病の状況	先天性			
	後天性	(歳より発症)		
他の症状				
手帳の有無	障害者手帳や愛の手帳を 持っている 持っていない			
運動機能 障害	部位	なし・あり→		
	種類	麻痺 切断 拘縮 その他()		
	褥そう	なし・あり→部位: 保護: している していない		
	筋力 バランス	自立歩行(可 不可) 立位保持(可 不可) 座位保持(可 不可) 全介助		
補装具	なし・あり→車イス(常用 電動 必要に応じて) クラッチ 義肢 義足 その他()			
感覚機能	痛覚・圧覚(有 無) 温冷覚(有 無) 体温調節(有 無)			
視覚障害	なし・あり→全盲 光覚のみ 弱視 斜視 その他() 視力(右: 左:) 視野 (右: 左:)			
聴覚障害	なし・あり→全聾 難聴 聴力(右: 左:) 会話方法(手話 口読 筆談 補聴器)			
言語障害	なし・あり→軽度 中度 重度			
認知障害	なし・あり→軽度 中度 重度			
日常生活 動作	移動・移乗→自立 一部 全介助 排泄 →自立 一部 全介助() 食事 →自立 一部 全介助			
特別な医療 投薬の注意	() なし・自己管理・あり→			
備考項目	身長 cm 体重 Kg 靴のサイズ cm			

