

介護・看護 状況 申告書 **記入例**

令和 6 年 10 月 11 日

練馬区教育委員会教育長 宛て

保護者が介護にあっている状況について、以下のとおり申告します。

住所 練馬区 **豊玉北 6丁目 12番 1号** ○○ハウス1号室

日中連絡先 ○○○ (○○○○) ○○○○

フリガナ
保護者氏名

ネリマ イチロウ
練馬 一郎

母・ 父 その他 ()

介護・看護にあっている方の氏名	練馬 花子	続柄	母 ※申込(在園)児童からみた続柄
介護・看護が必要な方の氏名	練馬 丸	続柄	祖父 ※申込(在園)児童からみた続柄
介護・看護が必要な方の住所	同居		
介護・看護を必要とする理由	<input checked="" type="radio"/> 身体障害者手帳 1種 1級 ・愛の手帳 度 ・精神障害者保健福祉手帳 級 ・自立支援医療受給者証 ・介護保険被保険者証・要介護度〔要介護()・要支援()〕 ・その他 (病名)		
※添付書類が必要です	<input checked="" type="radio"/> 1. 身体障害者手帳 2. 愛の手帳 3. 療育手帳 4. 精神障害者保健福祉手帳 5. 介護保険被保険者証 6. 診断書 7. 入院計画書等 () 8. 難病の医療証 9. 自立支援医療受給者証 ※ 上記添付書類の番号に○を付け、コピーをご提出ください。		
介護・看護の状況 (○をつけてください)	食事 一人でできる ・ 一部介助 ・ <input checked="" type="radio"/> 全介助 入浴、洗顔等 一人でできる ・ 一部介助 ・ <input checked="" type="radio"/> 全介助 排せつ 一人でできる ・ <input checked="" type="radio"/> 一部介助 ・ 全介助 特別な医療・介護等 <input checked="" type="radio"/> 無 ・ 有 ()		
介護・看護日数	介護にあっている日数 1か月当たりの介護日数 30日 介護時間 240時間 通院・通所に付添う日数 1か月当たりの付添日数 8日 付添時間 40時間		
その他の具体的な介護・看護状況	(※介護状況についてなるべく詳細にご記入ください。) 右手足の麻痺により、生活全般に介助が必要です。手足のリハビリのため、1日に2回、関節の曲げ伸ばし、マッサージなどを行います。その他、食事や衣服の着脱(脱ぎ着)の際の手助けや、補装具の装着の手伝いをしています。		

※記入例を参考に、必要事項を漏れなくご記入ください。 **裏面もご記入ください** ➡

☆通院・通所先

A	名称	〇〇医療センター	所在地	新宿区西新宿〇-〇-〇
	日数	1か月当たり 4日	所要時間	3時間 30分
B	名称	都立△△病院	所在地	練馬区光が丘△-△-△
	日数	1か月当たり 8日	所要時間	4時間 0分
C	名称	□□整形外科	所在地	練馬区貫井□-□-□
	日数	1か月当たり 2日	所要時間	2時間 0分
D	名称		所要時間は病院の往復だけでなく、実際に被介護者に付き添っている時間(通院の準備から帰宅までの付き添い時間)を記載してください。	
	日数	1か月当たり 日		

☆1日の介護・看護スケジュール (上記A~Dの用)

0時	1時	2時	3時	4時	5時	6時	7時
				睡眠			起床 食事作り
8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時
← 手足のマッサージ (30分くらい) →	← 週2回は病院に連れて行く(B) 月2回は病院に連れて行く(C) →			← 食事作り →	← 週1回は病院に連れて行く(A) →		
16時	17時	18時	19時	20時	21時	22時	23時
	← 手足のマッサージ (30分くらい) →	← 食事作り →		← 入浴介助 →		← 睡眠 →	

☆1か月の介護・看護スケジュール 介護にあたっている時間を週・曜日ごとにご記入ください。

第1週 (時間)						
日	月	火	水	木	金	土
6		4		4	4	5
第2週 (時間)						
日	月	火	水	木	金	土
	4	4	8	4	4	
第3週 (時間)						
日	月	火	水	木	金	土
6		4		4	4	5
第4週 (時間)						
日	月	火	水	木	金	土
	4	4	8	4	4	
第5週 (時間)						
日	月	火	水	木	金	土
	4					