

歳

記入者： (本人との続柄)

身長		cm	視力	(右) 日常生活に支障 (無・有)																								
				(左) 日常生活に支障 (無・有)																								
体重		kg	聴力	(右) dB 日常生活に支障 (無・有)																								
				(左) dB 日常生活に支障 (無・有)																								
1日の生活リズム		6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 2 4																										
	平日																											
	休日																											
食事		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 配慮が必要 【配慮の内容】																										
睡眠		就寝時刻(平日) 時 分頃・起床時刻(平日) 時 分頃 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 配慮が必要 【配慮の内容】																										
トイレ	尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 配慮が必要 【配慮の内容】																										
	便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 配慮が必要 【配慮の内容】																										
衣服の着脱		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 配慮が必要 【配慮の内容】																										