

③日中活動の内容	※複数回答可	1. 生産活動 (→④⑤⑧) 2. 創作活動 (絵画、工作等) 3. 機能訓練 (理学療法、作業療法等) 4. 外出 (散歩、買い物等) 5. 音楽療法 6. 運動 (プール、体操等) 7. 余暇活動 (ビデオ鑑賞、レクリエーション、カラオケ等) 8. その他 ()
----------	--------	--

④生産活動の内容	※複数回答可	1. 農業・畜産 2. 軽作業 (部品の組み立て、郵便物の封入等) 3. 食品加工 4. 木工製品 5. 繊維・皮革製品 6. 清掃 7. クリーニング 8. リサイクル 9. 販売 10. 配達 11. 印刷 12. 園芸 13. 情報処理・IT 14. 飲食店・喫茶店等の運営 15. その他 ()
----------	--------	--

⑤利用者の工賃の有無	1. 有り (→⑥⑧) 2. 無し	⑥年間工賃支払い総額 (28年度)	円
------------	----------------------	----------------------	---

⑦送迎の有無	1. 有り (→⑧⑨⑩) 2. 無し	⑧送迎利用者数 (1週間ののべ人数)	1. 1~9人 2. 10~19人 3. 20~29人 4. 30~39人 5. 40~49人 6. 50人以上	⑨送迎距離数 (1週間の合算)	※おおよそ10Km単位で記入 Km
--------	-----------------------	-----------------------	---	--------------------	----------------------

⑩入浴支援の有無	1. 有り (→⑪⑫⑬) 2. 無し	⑪入浴利用者数 (1週間ののべ人数)	人	⑫入浴実施日数 (1週間)	日
----------	-----------------------	-----------------------	---	------------------	---

⑬医療的ケアが必要な 利用者の数	a. たん吸引	人	d. 導尿	人	g. その他 ()	人
	b. 経管栄養	人	e. 人工呼吸	人		
	c. 胃ろう	人	f. インスリン注射	人		

⑭年間退所者数 (28年度)	人	⑮ ⑭で該当する者の 退所後の日中生活	a. 他の生活介護	人	e. 就労移行支援	人	i. 入院 (精神科病院)	人
			b. 障害者支援施設 (入所)	人	f. 高齢者福祉施設	人	j. 在宅	人
			c. 就労継続支援B型	人	g. 一般就労	人	k. 死亡	人
			d. 就労継続支援A型	人	h. 入院 (一般病院)	人	l. その他 ()	人

⑯事業運営で課題と 感じていること (自由記述)	
--------------------------------	--

Ⅲ. 平成28年4月から29年3月までに、新規に利用開始した方についてご記入ください。（※該当する方全員ご記入ください）

IV. 該当者なし

記入例	性別	利用開始時の年齢	利用開始時の障害支援区分	所持手帳	利用前の日中の場		利用前の貴法人のサービス利用の有無	利用経路		利用にあたって事業所で行う支援		並行して利用するサービス	
					No.	その他（記述）		No.	その他（記述）	No.	その他（記述）	No.	その他（記述）
	男・女	32	5	1,2	3		有・無	2,3		1,3,4		1,2,5	
1	男・女						有・無						
2	男・女						有・無						
3	男・女						有・無						
4	男・女						有・無						
5	男・女						有・無						
6	男・女						有・無						
7	男・女						有・無						
8	男・女						有・無						
9	男・女						有・無						
10	男・女						有・無						

下記の基準を参照いただき、該当する番号をご記入ください

<p>《所持手帳》</p> <p>●複数回答可</p> <ol style="list-style-type: none"> 身体障害者手帳 療育手帳 (みどりの手帳、愛の手帳) 精神保健福祉手帳 なし 不明 	<p>《利用前の日中の場》</p> <ol style="list-style-type: none"> 特別支援学校 学校（普通級、大学） 他の生活介護 就労継続支援B型 就労継続支援A型 就労移行支援 入院（一般病院） 入院（精神科病院） 一般就労 障害児施設 在宅 その他 (※右に具体的に記入) 	<p>《利用経路》</p> <p>●複数回答可</p> <ol style="list-style-type: none"> 本人から 家族や親族から 相談支援員から 市区町村担当者から 学校から 医療機関から 他の障害者福祉事業所から その他 (※右に具体的に記入) 	<p>《利用にあたって事業所で行う支援》</p> <p>●複数回答可</p> <ol style="list-style-type: none"> 送迎の支援 入浴の支援 医療的ケア 身体介助 行動障害の支援 高齢の支援 家族を含めた支援 特になし その他 (※右に具体的に記入) 	<p>《並行して利用するサービス》</p> <p>●複数回答可</p> <ol style="list-style-type: none"> 短期入所 居宅介護 重度訪問介護 行動援護 移動支援 日中一時支援 施設入所支援 介護保険サービス (※右に具体的に記入) その他 (※右に具体的に記入)
---	---	--	---	---

③生産活動の内容	※複数回答可	1. 農業・畜産	2. 軽作業（部品の組み立て、郵便物の封入等）	3. 食品加工	4. 木工製品	5. 繊維・皮革製品	6. 清掃	
		7. クリーニング	8. リサイクル	9. 販売	10. 配達	11. 印刷	12. 園芸	13. 情報処理・IT
		14. 飲食店・喫茶店等の運営						15. その他（ ）

④年間総売上高 (28年度)	円	⑤年間工賃支払い 総額(28年度)	円	⑥年間利用者平均 工賃(28年度)	円	⑦目標工賃達成加算の有無 (29年度)	1. 有り 2. 無し
-------------------	---	----------------------	---	----------------------	---	------------------------	----------------

⑧就労移行支援体制加算の 有無(29年度)	1. 有り 2. 無し	⑨施設外就労加算の 有無(29年9月)	1. 有り 2. 無し
--------------------------	----------------	------------------------	----------------

⑩送迎の有無	1. 有り(→⑩⑫へ) 2. 無し	⑪送迎利用者数 (1週間ののべ人数)	1. 1～9人	2. 10～19人	3. 20～29人	⑫送迎距離数 (1週間の合算)	※おおよそ10Km単位で記入 Km
			4. 30～39人	5. 40～49人	6. 50人以上		

⑬医療的ケアが必要な 利用者の数	a. たん吸引	人	d. 導尿	人	g. その他 ()	人
	b. 経管栄養	人	e. 人工呼吸	人		
	c. 胃ろう	人	f. インスリン注射	人		

⑭年間退所者数 (28年度)	人	⑮ ⑭で該当する者の 退所後の日中生活	a. 他の就労継続支援B型	人	e. 就労移行支援	人	i. 入院(精神科病院)	人
			b. 障害者支援施設(入所)	人	f. 高齢者福祉施設	人	j. 在宅	人
			c. 生活介護	人	g. 一般就労	人	k. 死亡	人
			d. 就労継続支援A型	人	h. 入院(一般病院)	人	l. その他()	人

⑯事業運営で課題と 感じていること (自由記述)	
--------------------------------	--

Ⅲ. 平成28年4月から29年3月までに、新規に利用開始した方についてご記入ください。（※該当する方全員ご記入ください）

IV. 該当者なし

記入例	性別	利用開始時の年齢	利用開始時の障害支援区分	所持手帳	利用前の日中の場		利用前の貴法人のサービス利用の有無	利用経路		利用にあたって事業所で行う支援		並行して利用するサービス	
					No.	その他（記述）		No.	その他（記述）	No.	その他（記述）	No.	その他（記述）
記入例	男・女	18	なし	2	1		有・無	3,5		1		1,5	
1	男・女						有・無						
2	男・女						有・無						
3	男・女						有・無						
4	男・女						有・無						
5	男・女						有・無						
6	男・女						有・無						
7	男・女						有・無						
8	男・女						有・無						
9	男・女						有・無						
10	男・女						有・無						

下記の基準を参照いただき、該当する番号をご記入ください

<p>《所持手帳》</p> <p>●複数回答可</p> <ol style="list-style-type: none"> 身体障害者手帳 療育手帳 (みどりの手帳、愛の手帳) 精神保健福祉手帳 なし 不明 	<p>《利用前の日中の場》</p> <ol style="list-style-type: none"> 特別支援学校 学校（普通級、大学） 生活介護 他の就労継続支援B型 就労継続支援A型 就労移行支援 入院（一般病院） 入院（精神科病院） 一般就労 障害児施設 在宅 その他 (※右に具体的に記入) 	<p>《利用経路》</p> <p>●複数回答可</p> <ol style="list-style-type: none"> 本人から 家族や親族から 相談支援員から 市区町村担当者から 学校から 医療機関から 他の障害者福祉事業所から その他 (※右に具体的に記入) 	<p>《利用にあたって事業所で行う支援》</p> <p>●複数回答可</p> <ol style="list-style-type: none"> 送迎の支援 入浴の支援 医療的ケア 身体介助 行動障害の支援 高齢の支援 家族を含めた支援 特になし その他 (※右に具体的に記入) 	<p>《並行して利用するサービス》</p> <p>●複数回答可</p> <ol style="list-style-type: none"> 短期入所 居宅介護 重度訪問介護 行動援護 移動支援 日中一時支援 施設入所支援 介護保険サービス (※右に具体的に記入) その他 (※右に具体的に記入)
---	---	--	---	---