## ショートステイ・日中一時 希望調査書 (エントリー票)

※ご利用希望される	サービフに〇日	なっけて下さい
*X*、利用布室される	リーヒスにいい	** フロ ( F さい。

- 1. 希望する。(ショートステイ)
- 2. 希望する。(日中一時)

※希望される方は、現在の希望状況・事情を下記の欄にご記入ください。

記入日(確認日)		西圏	Ŕ Ĭ	年	月	日	
希望利用者							
氏 名							
		昭和					
生年月日・年齢		年	月	日生			歳
住所・連絡先							
121/21 22/11/20	<b>5</b>			(		)	
保護者・家族・成年後見人 氏 名							

サービス利用のク	ためのアセス	メントシ	—	o. 1 基本	情報)	ľ	年	月日	]	記録者	(	)
(ふりがな)						性	別	生年	月日			
利用者氏名								年	龄			
主病名・症病名	_							•				
身元引受人氏名	·			紡	柄			緊急運	車絡先	;		
住所								TE	EL			
177								携	帯			
成年後見人				続	柄			緊急運		;		
住所								Te				
								携	帯			
家族構成		1 _	IFA .		_		,,,,	<u></u>	Ι.	0		
関係	氏 名	年	<b>厳</b>	生年月	<u> </u>		備:	考 ———	+-	-バーソン	√:氏名(	)
									-			
障害基礎年金	級(	)	生	活保護受	·····································			健	康保隊	··········		
± 11 2± ± ± = 15	級	番	号					交	付年	 月日		
身体障害者手帳	障害名											
療育手帳			番号					交	で付年	月日		
障害支援区分	区分	市町	村行政	幾関				児	童相	談所		
超重症児スコア	点	強度行	動障害	スコア					Ķ	ā		
準超重症児スコア 	点	7	<b>卜島分</b> 類	Į					横地分	) 其		
学歴	ロなし 口											
アレルギー												
アレルギー情報	» ottur		99 <i>11</i> , -	- I					.1.15			
薬物アレルギー	ーの種類		開始日	1				症	状			中止
食物アレルギー												
その他のアレルギ-	_											
かかりつけ医療機関				 (□なし □あり)								
医療機関名:			主治医	名:				TE	L			
			主治医	名:				TE	L			
				主治医名: TEL								
緊急時搬送病院: 主治医名:				: TEL								

サービス利用のためのアセスメントシート (NO2 基本情報)
既往歴(出生から今までの医療面・訓練などについて、医療機関、施設、治療(手術も)、訓練内容などに
ついて、簡単に書いて下さい) ※現在までの経過を含む
生育歴
妊娠経過異常(□有 □無) □貧血 □羊水過多 胎児期間(    )週  仮死(□有 □無)
│出生体重( ) g 分娩:□正常 □異常(□鉗子 □吸引 □帝切 □骨盤位)
発育;定頸(首すわり) カ月 喃語 カ月 ハイハイ カ月 歩き始め 歳 カ月
障害が判明した時期   原因   原因
視覚障害 □有 □無 □不明   眼鏡;□有 □無   光への過敏:□有 □無
聴覚障害 □有 □無 □不明   補聴器;□有 □無   音への過敏;□有 □無   □無   □   □無   □   □   □   □   □
行動障害 □自傷 □他傷 □異食 □多動 □奇声 □攻撃的 □自慰行動 □指しゃぶり□髪ぬき
□耳いじり □頭叩き □首ふり (該当するところをチェックしてください)
※上記の行動が強まる場合どのような場面ですか。また、対応について工夫があれば書いて下さい。 
ADL □寝たきり □座位(背もたれ □有 □無)□車いす □膝たち □立位可能 □歩行可能
更衣(口自力 口介助) 入浴(口自力 口介助) 洗面(口自力 口介助)
手の動作は:
その他:
本人とのコミュニケーション [理解能力と表現能力について] [YES/NO を示す、又は単語が話せるなど。
また、本人の気持ちを汲むため心掛けることがあれば書いてください。〕
好きな場所や遊び 〔接し方のアドバイスや、姿勢の工夫があれば書いてください。〕
現在使用している社会資源(学校・訪問サービス・短期入所・作業所等の事業所名・利用回数等)

サービス利用のためのアセスメントシート (No.3 基本情報)						
けいれんについて・けいれんの有無( 口	有 □無 )					
・けいれんの形態(どのように始まり、どう症状変化するか)						
- けいれいのの形形(Cのように知まり、C)症仏炎化9のか)						
けいれん時の対応						
・使用薬剤 ロダイアップ座薬 口その他(	)					
・けいれん発症時の対応についての詳細を記入して	ください 例えば 薬剤なしで様子を見る時間等					
	、CCV。 Micia、 来がなりでは、CCV。 Micia、					
<b>4</b> Σ □ +Ε π <sub>□</sub>	排泄について ロトイレ ロオムツ					
経口摂取						
・食事形態 主食( )	○尿意を □訴える □わからない					
副食( )お茶( )	どの様に訴えるか					
· 摂取道具						
・摂取方法・飲水など	頻度は( )時間毎( )回/日					
・自宅での摂取時間(	・導尿( )回/日 カテーテル種類					
・自己摂取(口できる 口半介助 口全介助)	バルンカテーテル留置					
・好きな物(	サイズ( )Fr 交換( )回/日					
・嫌いな物(						
・特食など(アレルギー除去、塩分制限等)	○便意を □訴える □わからない					
	どのように訴えるか					
・食事や食後の注意点	普段の便の性状(					
	下痢(□有 □無)  回/日					
	便秘時の対応(					
口腔ケア 時間	下痢時の対応(					
注意点:	人工肛門(口有 口無)処理回数 回/日					
睡眠について ロベッド 口畳						
睡眠サイクル(就眠 時~起床 時まで)	生理 初潮( 歳 )閉経( 歳 )					
ベッドの場合、(口右側 口左側 口壁つけ) 希望	最終月経 ( / ~ / )					
※睡眠時の環境の注意点があれば記載してください。	身体機能について 脊柱側弯:(□有 □無)					
	股関節脱臼:右(□有 □無)左(□有 □無)					
	股関節が開きにくい: 右(口有口無)					
	左(□有□無)					
	膝関節: 右(口伸びない 口曲がらない)					
	左(口伸びない 口曲がらない)					
	手が肩まであがらない: (口右 口左)					
	骨折したことがある: (口有 口無)					
	部位:					

サービス利用のためのアセスメントシート (No4)					
吸入 (口要 口不要)	酸素 (口常時 口時々 口無し)				
•薬剤()	•酸素 ( 0)				
回/日	(□経鼻 □マスク □気切)				
・その他	・その他				
気管切開 (口有 口無)	皮膚処置				
・カニューレの種類	部位 ( ) 処置 ( )				
(	部位 ( ) 処置 ( )				
・カニューレ号数 ID(	部位( ) 処置( )				
・ Cm 挿入 カフエア( cc)					
・交換日( )	<b>経静脈栄養</b>				
・Yガーゼ交換頻度	ポンプ(口有 口無)ポート(口有 口無)				
	ポート無しの場合 (IVH cm) 固定				
呼吸器設定機種(	)				
02 ( L ) 自発呼吸(□ 有	<b>元 二 無</b> )				
t-F(□SIMV □PS □CPAP □₹	その他				
設定					
アラーム設定					
加湿器 (口有 口無) 人工鼻 (口有 口無	₩)				
呼吸器設定変更(□有 □ 無) 最終更新	<b>折</b> 日(    )				
吸引					
<sup>吸 対</sup>					
	回之日)				
・吸引チューブ ( ) Fr ・交換 ( 回/日) ・吸引水内容・交換方法					
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
経管栄養	身長・体重 計測日 ( )				
□胃ろう □腸ろう □経鼻経管栄養 □その	身長( cm )体重 ( g)				
他	2.0.W				
・チューブの名前	その他				
)					
・種類 ロバルン型(ロボタン ロチューブ)					
ロバンパー型 (ロボタン ロチューブ)					
・管のサイズは(Fr)長さは(cm)					
・バルン用の水 ( cc )					
・入れ替え最終日(					
・注入時の姿勢(					
・注入の時間(					
・ポンプの使用 (口有 口無)					
・その他の注意点					

サービス利用のためのアセスメントシート (NO5 基本情報)							
時間	注入食	薬	吸入	処置			
タイムスケジュール注意点							
その他							