

サービス利用の為のアセスメントシート(No.1 基本情報)						
(ふりがな)			性別	生年月日		
利用者氏名				年齢		
病名						
身元引受人 氏名		続柄		緊急連絡先		
住所				TEL		
				携帯		
成年後見人		続柄		緊急連絡先		
住所				TEL		
				携帯		
家族構成						
関連	年齢	氏名	メモ	キーパーソン	氏名:	
障害基礎年金	級()		生活保護受給		健康保険種別	
身体障害者手帳	級	番号		交付年月日		
	障害名					
療育手帳		番号		交付年月日		
障害支援区分	区分	市町村行政機関		児童相談所		
超重症児スコア	点	強度行動障害スコア	点			
準超重症児スコア	点	大島分類		横地分類		
学歴						
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
アレルギー情報						
薬剤アレルギー		開始日	症状			中止
食物アレルギー		開始日				
その他アレルギー		開始日				
かかりつけ医療機関	(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)					
医療機関名:	TEL:		主治医名:			
緊急時搬送病院:	TEL:					

サービス利用の為のアセスメントシート(No.2 基本情報)

既往歴[出生から一までの医療面、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、簡単に書いてください。]※現在までの経過を含む

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。または単語が話せるなど。また、本人の気持ちを汲むため心がけることがあれば書いてください。

視覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	眼鏡: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	光への過敏: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
聴覚障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	補聴器: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	音への過敏: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
行動障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 他傷 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 自慰行為 <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 耳いじり <input type="checkbox"/> 頭叩き <input type="checkbox"/> 首ふり <input type="checkbox"/> 髪抜き		

<該当するところにチェックしてください>

上記の行動が強まる場合はどのような場面ですか。また、対応について工夫があればご記入ください。

好きな場所や遊び	接し方のアドバイスについてご記入下さい。	姿勢の工夫があればご記入ください
----------	----------------------	------------------

ADL	(該当するところをチェックしてください)
-----	----------------------

寝たきり 寝返り可 這う 膝立ちで移動 歩く (介助なし 介助あり)
 座る (背もたれ無 背もたれ有 座位保持装置) 車椅子
 更衣 (自力 介助) 入浴 (自力 介助) 洗面 (自力 介助)
 その他

生育歴	
妊娠経過異常 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 羊水過多 在胎期間()週 仮死 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 出生時体重()g 分娩: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 (<input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝切 <input type="checkbox"/> 骨盤位) 発育: 頸定(首すわる) ヶ月 喃語 ヶ月 ハイハイ 歳 ヶ月 歩き始め 歳 ヶ月	
障害が判明した時期	原因

衣類の購入方法。また、利用者が着る服の特徴は。	衣類以外の物品の購入方法は。
-------------------------	----------------

サービス利用の為のアセスメントシート(No.3 基本情報)

痙攣について		(<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		出現する頻度		(回 / 日)	
痙攣の形態:							
痙攣時の対応:							
食事(栄養)について		<該当するところをチェックしてください>					
<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養							
経口摂取の場合(口からの食事)				経管栄養の場合			
食事形態				管のサイズは			
摂取道具				Fr チューブの種類			
自宅での摂取時間				センチ固定 カフ cc			
摂取方法・飲水など				入れ替え最終日は			
好きな物:				注入時の姿勢			
嫌いな物:				注入時間			
特食など(アレルギー除去、塩分制限、その他)				注入ポンプの使用 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)			
※食事や食後の注意点があればご記入ください。				注入食の作り方など			
睡眠について		<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 畳		排泄について		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ	
睡眠サイクル				<input type="checkbox"/> 尿意を訴える <input type="checkbox"/> わからない			
就眠 時 ~ 起床 時まで				どのように訴えるか			
午睡 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)				頻度は、 時間毎 回 / 日			
ベッドの場合 (<input type="checkbox"/> 右側 <input type="checkbox"/> 左側) 壁 希望				<input type="checkbox"/> 便意を訴える <input type="checkbox"/> わからない			
※睡眠時の環境について注意点があればご記入ください。				どのように訴えるか			
				便の性状			
				下痢 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) 回 / 日			
				便秘時の対応:			
				※人工肛門 (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) 処理回数 回 / 日			
				注意点			
				※導尿: 回 / 日 カテーテル 種類			
				サイズ			
				※バルカテーテル留置: サイズ 交換 回 / 日			

サービス利用の為のアセスメントシート(No.4 基本情報)

吸入 (<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要)		吸引 (<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要)	
薬剤		チューブ Fr 交換 回 / 日 (注意点) 吸引水の内容・その他	
酸素 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常時) (<input type="checkbox"/> ポンペ <input type="checkbox"/> 酸素濃縮装置)			
L (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 気切) その他		気管切開 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
口腔ケア (注意点)		カニューレの種類 カニューレ号数ID cm挿入 カフエア cc 交換日 気切ガーゼ交換頻度	
身体の機能について <該当するところにチェックをお願いします> 股関節脱臼 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 脊柱側弯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 股関節が開きにくい (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 膝が (<input type="checkbox"/> 伸びない <input type="checkbox"/> 曲がらない) (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方) 手が肩まであがらない (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 骨折したことがある (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)		呼吸器設定 機種 O ₂ L 自発呼吸 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) モード () 設定 アラーム設定 加湿器 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 人工鼻 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
装具について (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) (<input type="checkbox"/> 体幹コルセット <input type="checkbox"/> 長下肢装具 <input type="checkbox"/> 短下肢装具 <input type="checkbox"/> その他)			
部位・注意点			
生理			
最終月経 (/ ~ / 頃まで) 初潮 () 才 閉経 ()			
その他 (要望・質問など)			

