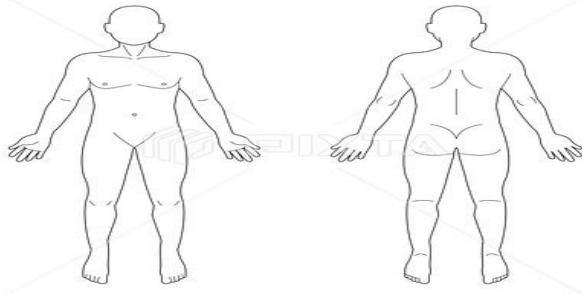


フリガナ 氏名		性別	生年月日 西暦 年 月 日 (歳)		
自宅住所		自宅 電話番号			
診断名	視力障害	無・有 ()		血液型	(型)
	聴覚障害	無・有 ()		身長	cm
				体重	kg
食物アレルギー・ 摂取を控える食品	無・有 ()		日常的に使用する 装具など	・眼鏡・補聴器・義歯・ヘッドギア・補装靴 ・コルセット・その他 () ▶p4へ	
医療的行為・ 医療機器の 使用	無・有 ()				
緊急連絡先		続柄	電話番号	日中の通所先・通学先	
①				電話番号	
②					
③					
緊急搬送先		かかりつけ医 (歯科・摂食指導 等 含む)			
		病院名・受診科・主治医	電話番号	受診頻度	服薬処方の有無
病院名				/	有・無
受診科 主治医				/	有・無
住所				/	有・無
電話番号				/	有・無
お薬情報					
薬品アレルギー	無・有 ()		○ 服薬管理：自立・全介助・*部分介助		
内服	無・有 (種類：)		(*必要な介助内容：)		
屯用薬	無・有 (種類：)		内服方法 ・注意点		
その他 (点眼・軟膏等)	無・有 (種類：)				
成育歴 (出生時・発症時・受傷時の様子について) 現病歴・既往歴 (今までの入院・大きな病気・手術 等)			家族構成		
			男性：□ ・女性：○ ・ご本人： □ / ◎		

健康状態について	
体調を整えるために気を付けていること・行っていること	
体温・呼吸状態	体調不良
<input type="radio"/> 平熱 _____ ℃ <input type="radio"/> 体温調節で気を付ける事・対応策 (こもりやすい・低体温になりやすい・発作が起こりやすい等) <input type="radio"/> 呼吸状態で気になること・気を付ける事・対応策 <input type="radio"/> 平常時の酸素飽和度： _____ %	<input type="radio"/> 体調不良の前兆・体調不良時の様子 <input type="radio"/> 対応 ★ 体調不良時の医療的ケアの必要性 有 (吸引・吸入・経管栄養・その他 _____) ・無
てんかん発作 (有・無)	筋緊張
<input type="radio"/> 起こりやすい環境・事柄・時間帯・時期 <input type="radio"/> 発作時の様子 <input type="radio"/> 発作時の対応 ★座薬などの薬剤使用 (有・無)	<input type="radio"/> 起こりやすい環境・事柄・時間帯・時期 <input type="radio"/> 筋緊張時の様子 <input type="radio"/> 対応 ★座薬などの薬剤使用 (有・無)
身体の状態について	皮膚状態
<input type="radio"/> 骨折の既往 (有 部位： _____ ・無) <input type="radio"/> 脱臼 (有 部位： _____ ・無) <input type="radio"/> 亜脱臼 (有 部位： _____ ・無) <input type="radio"/> 脊柱変形・拘縮・麻痺等 (_____)	<input type="radio"/> 起こりやすいトラブル・部位 <input type="radio"/> 対応・注意点
★ 体の中で気になる部分や、特に気を付ける必要のある部分について、ご記入ください。 (例：痛みのあるところ・皮膚変化や褥瘡のあるところ・手術の後・脱臼・側彎・マヒ等)	

登録情報シート

生活状況	
日頃の生活リズムについて（起床・就寝・食事・トイレ・水分補給・入浴・昼寝・休息等）	
0 3 6 9 12 15 18 21 24 	
食事 *アレルギー：無・有（ ）	水分摂取
<input type="radio"/> 食事行為：自立・全介助・*部分介助 （*必要な介助内容： ） <input type="radio"/> 好きな食べ物： <input type="radio"/> 苦手な食べ物： <input type="radio"/> 食事形態 ・主食： <input type="checkbox"/> 普通飯 <input type="checkbox"/> 軟らかめ飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> その他（ ） ・副菜： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らかめ <input type="checkbox"/> 小さくする <input type="checkbox"/> パースト状 <input type="checkbox"/> ムース状 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="radio"/> 調理をする際に気を付けていること・工夫点 <input type="radio"/> 食事の際に気を付ける事 <input type="radio"/> その他・間食や栄養補助食品の利用：有・無 （ ）	<input type="radio"/> 好きな飲み物： <input type="radio"/> 苦手な飲み物： <input type="radio"/> とろみ：有（加減： ）・無 <input type="radio"/> 一日水分量目安： ml <input type="radio"/> 水分摂取の際に気を付ける事
	口腔ケア
	<input type="radio"/> 自立・全介助・*部分介助 （*必要な介助内容： ） <input type="radio"/> 使用するもの <input type="radio"/> 方法 <input type="radio"/> 気を付ける事 <input type="radio"/> その他（義歯の使用等含む）
排泄	
<input type="radio"/> 自立・全介助・*部分介助 （*必要な介助の内容： ） <input type="radio"/> 排泄方法： <input type="checkbox"/> 便座 <input type="checkbox"/> おむつ・パット <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="radio"/> 便座の使用について （ タイミング・ご本人の様子・使用頻度・気を付ける事 等） <input type="radio"/> 排尿間隔： <input type="radio"/> 排尿回数： 回／日 <input type="radio"/> 排尿時のサイン：	<input type="radio"/> 排便回数：毎日・ 日～ 日／回 <input type="radio"/> 便の性状： <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟らかめ <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="radio"/> 下剤の使用：有（使用頻度 ）・無 <input type="radio"/> 排便時のサイン：
	月経
	<input type="radio"/> 月経周期： <input type="radio"/> 月経前・中に気を付ける事

登録情報シート

入浴	休息・睡眠
<input type="radio"/> 自立・全介助・*部分介助 (*必要な介助内容： _____) <input type="radio"/> 入浴頻度：毎日・____日に1回 <input type="radio"/> その他・入浴後に必要なケア等	<input type="radio"/> 使用する物：ベッド・布団 <input type="radio"/> 休息のタイミング（どんな時に必要か？） <input type="radio"/> 休息・睡眠時の姿勢について
更衣・整容	<input type="radio"/> 休息・睡眠時に気を付ける事・工夫点
<input type="radio"/> 自立・全介助・*部分介助 (*必要な介助内容： _____) <input type="radio"/> 更衣・整容時に気を付ける事・工夫点	<input type="radio"/> 睡眠薬の使用 無・有（頻度・使用タイミング： _____)
社会生活	移動
<input type="radio"/> コミュニケーションの方法・合図 <input type="radio"/> ご本人の訴えのキャッチの方法 等 <input type="radio"/> コミュニケーションの理解度 <input type="radio"/> 好きなもの・事・場所等： <input type="radio"/> 苦手なもの・事・場所等： <input type="radio"/> 苦手な事柄に配慮する方法・工夫点	<input type="radio"/> 自立・全介助・*部分介助 (*必要な介助内容： _____) <input type="radio"/> 移動時使用する物： <input type="radio"/> 使用するときの注意点 <input type="radio"/> 床・ベッド・車いすへの移乗時に気を付けること
<input type="radio"/> 金銭管理：可・不可 <input type="radio"/> 危険認知：有・無 <input type="radio"/> 配慮させていただくこと	<input type="radio"/> その他
*備考	
日常生活の装具などの使用について	
<input type="radio"/> 眼鏡・補聴器・義歯・ヘッドギア・補装靴 コルセット・その他（ _____) <input type="radio"/> 使用する時・方法 <input type="radio"/> 使用時に気を付ける事	