**本人の紹介**　　　　　　　記入日：　　　年　　月　　日　　　　記入者：

※成長や状況の変化によって、２枚目、３枚目と追加してお使いください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | | | | 性別 | | | | 生　年　月　日 | | |
| 氏　名 | | | | | 男・女 | | | | 年　　月　　日 | | |
|  | | | | | 住　所　　　℡ | | 〒  ℡　　　　　　　（　　　　） | | | | |
| 〒  ℡　　　　　（　　　） | | | | |
| 家族状況および緊急連絡先 | 連絡順位 | | 氏名 | | 生年月日 | | | 続柄 | | | 連絡先電話番号 |
| 1 | |  | |  | | |  | | |  |
| 2 | |  | |  | | |  | | |  |
| 3 | |  | |  | | |  | | |  |
| 4 | |  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  | | |  |
| 体温 | | 平熱　　　　　　　　　　　　度 | | | | 体温調整 | | | | * 良好　　□その他（　　　　　　　） | |
| アレルギー | | 無・有 | | 〈内容〉 | | | | | | | |
| 発作の有無 | | 無・有 | | 〈頻度、その時の様子や対応など〉 | | | | | | | |
| 医療的ケア | | 無・有 | | 〈内容〉   * 気管切開　　□　経鼻挿管　　□　人工呼吸器 * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 加湿　（　必要　・　不要　）  吸入　（　あり　・　なし　）  吸引　（　あり　・　なし　） | | | | | | | |
| 服　薬 | | 無・有 | | 〈薬の種類〉  〈服薬回数、服薬方法〉  朝・昼・夕・夜・その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 食事  食事 | 〈経口摂取〉  内容　（食形態）　：　主食　□　米飯　　　□　粥　　　□　ミキサー  　　　　　　　　　　　副菜　□　ふつう　　□　きざみ　□　ミキサー　□　ソフト食  　　　　　　　　　　　　　　□　ゼリー食　□　その他（　　　　　　　　　　　　　）  状況　：　嚥下困難　（　あり　・　なし　）  　　　　□　押しつぶし　　　□　すりつぶし　　□　丸のみ　　□　噛み砕き  　　　　□　自分で食べる　　□　全介助　　　　□　一部介助  水分摂取　：　□　とろみをつけて　　□　そのまま  　　　　□　スプーン　　□　スポイト（シリンジ）　□　コップ　　□ほにゅうびん  　　　　□　ストロー　　□　注入  摂取量　：　水分量　　　　　　　　　　　　　　　　食事量  　　　　　　200ｃｃのコップ何杯分くらい　　　　　　大人の定食からみて何割くらい  摂取時間　　食事中あそんでしまうこともあり1時間くらいかかる  上記項目の詳細、および介助方法の留意点など | | | | | | | | |
| 〈経管栄養〉  チューブサイズ　　　　　　　　　　Fr　（特記事項：　　　　　　　　　　　　　　　）  　□　経鼻　　　□　胃　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  固定する長さ　（　　　　　　　　　　　　　　）  注入時間・注入内容など  経管栄養施行時の注意点  トラブル時の対応等や連絡先 | | | | | | | | |
| 姿勢　　食事・注入時（後）の姿勢　□　車いす　□　ベッド上　　□　三角マット  　　　　□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 好きな食べ物 | | | | | | | 嫌いな食べ物 | |
| 食物アレルギー | | | | | | | 口腔ケア  □　はみがき　（　自分で　・　介助　）  □　うがい　　□　スポンジ  □　その他　（　　　　　　　　　　　） | |
| 排泄 | 尿 | | □　自立　　□　おむつ　　□　定時誘導  尿意　□　あり　　□　なし　　　　予告　□　する（　お股をたたく　）　□　しない | | | | | | |
| 介助方法の留意点 | | | | | | |
| 排尿回数　　　　　　　回／日  日中　　　　　　　夜間 | | | 1. 導尿　□　あり　　　　　□　なし   （　　　　回／日　・　　　時間ごと）  チューブサイズ　　　　　Fr   1. 膀胱洗浄　□　あり　　　□　なし 2. その他　（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 便 | | □　自立　　□　おむつ　　□　定時誘導  便意　□　あり　　□　なし　　　　予告　□　する（　　　　　　　　　　）　□　しない | | | | | | |
| 介助方法の留意点 | | | | | | |
| 排便回数　　　　　回／日　または週 | | | ①人工肛門　□　あり　（　　　　　　　　　　　）  □　なし  ②その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 便の状態　　やわらかめ | | | 便秘対策 | | | |
| 生理 | | □　あり　　　　　□　なし  周期　　　　　　日くらい | | | 量　□　多い　　□　ふつう　　□　すくない  期間　　　　　　　　日くらい | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | |
| 睡眠 | | 時間　　　　　時頃　～　　　　時頃  お昼寝　　　　　時間（　　　　　時頃）  　状況　□　良好　　□　不眠  寝つき　□　よい　　□　わるい | | | 睡眠中の状況  　□　眠りが浅い　　　□　歯ぎしり　　□　寝言  　□　いびき　　　　　□　寝相が悪い  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 睡眠導入方法 | | | 睡眠中の体位変換の必要性　□あり　□なし | | | |
| 頻度・方法など（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 寝具　　□　布団　　□　ベッド　　□　どちらも可　　□　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | |
| 運動  機能 | |  | | 右 | | | 左 | |
| 上肢 | | □　動く  □　動かせない（　　　　　　　　　　） | | | □　動く  □　動かせない（　　　　　　　　　　） | |
| 下肢 | | □　動く  □　動かせない（　　　　　　　　　　） | | | □　動く  □　動かせない（　　　　　　　　　　） | |
| 手指 | | □　動く  □　動かせない（　　　　　　　　　　） | | | □　動く  □　動かせない（　　　　　　　　　　） | |
| 特記事項 | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 手帳  など | 身体障害者手帳 | 療育手帳 |
| 交付　　　　　年　　　月　　　日  　視 ・ 聴 ・ 肢体 ・ 内部　（　　種　　　級） | 交付　　　　年　　　　月　　　日  　A・B・C　有効期限（　　　年　　　月） |
| 交付　　　　　年　　　月　　　日  　視 ・ 聴 ・ 肢体 ・ 内部　（　　種　　　級） | 交付　　　　年　　　月　　　日  　A・B・C　有効期限（　　　年　　　月） |
| 交付　　　　　年　　　月　　　日  　視 ・ 聴 ・ 肢体 ・ 内部　（　　種　　　級） | 交付　　　　年　　　月　　　日  　A・B・C　有効期限（　　　年　　　月） |
| 精神障害者手帳 | その他 |
| 交付　　　　年　　　　月　　　日　　　級 |  |
| 交付　　　　年　　　　月　　　日　　　級 |
| 交付　　　　年　　　　月　　　日　　　級 |

|  |  |
| --- | --- |
| 妊娠中  のこと | 妊娠経過： |
| 出産場所：　　　　　　　　　　　　　　　出産時の年齢： |
| 分娩経過： |
| 特記事項 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 成育歴 | 在胎　　 　　週　　 　　日　　　出生時体重　　　　　　　ｇ　身長　　　　　　　　㎝  　　　　　　　　　　　　　　　　胸囲　　　　　　　　　　　㎝　頭囲　　　　　　　　　　㎝ | | | |
| 発達経過：　首すわり　　　か月　・　寝返り　　　　か月　・　お座り　　　　　か月  　　・　ハイハイ　　　か月　・　つかまり立ち　　　　　か月　・ つたい歩き　　　か月  　　・　独歩　　　　　か月　・　始語　　　　　か月 | | | |
| 健診歴 | 健診名 | 受診日 | 特記事項 |
| ４か月児  健診 |  |  |
| １歳６か月児  健診 |  |  |
| ２歳児  歯科健診 |  |  |
| ３歳児  健診 |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種 | **ＢＣＧ**接種日　　　年　　　／  **四種混合**  初回　（１回　　年　　／　　・２回　　年　　／　　・３回　　年　　　／　　）  ・追加　　年　　　／  **三種混合**  初回　（１回　　年　　／　　・２回　　年　　／　　・３回　　年　　　／　　）  ・追加　　年　　／  **不活化ポリオ**  初回　（１回　　年　　／　　・２回　　年　　／　　・３回　　年　　　／　　）  ・追加　　年　　／  **二種混合**接種日　　　年　　／　  **麻疹・風疹（ＭＲ）**　　　１期（　　年　　／　　）　・　２期（　　年　　／　　）  **日本脳炎**  １期初回（１回　　年　　／　　・２回　　年　　／　　）  ・１期追加　　年　　／　・２期　　年　　／  **シナジス**接種日　　年　　／  **小児用肺炎球菌**  初回　（１回　　年　　／　　・２回　　年　　／　　・３回　　年　　　／　　）  　・追加　　年　　／  **水痘**１回　　年　　／　　　・２回　　年　　／  **おたふくかぜ**　　１回　　年　　／　　　・２回　　年　　／  **B型肝炎**  １回　　年　　／　　　・2回　　年　　／  ・3回　　年　　／　　・4回　　年　　／  **ロタウイルス**　　１回　　年　　／　　　・2回　　年　　／　　　・3回　　年　　／  **インフルエンザ菌B型**  初回　（１回　　年　　／　　・２回　　年　　／　　・３回　　年　　　／　　）  　・追加　　年　　／  **その他**　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |