**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　　　　　Fr1. 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**　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |