本人の紹介

記入日：　　年　　月　　日　　記入者：

ふりがな	性別	生　年　月　日
氏　名　豊川　〇〇	男・女	年　　月　　日

住所	〒 愛知県豊川市〇〇町 TEL　　0533　（　〇〇　）　〇〇〇〇
TEL	〒 ※住所が変わったときなどに書きましょう TEL　　（　　）

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	豊川　パパ夫		父	携帯電話と自宅以外でつながる番号を書いておくのもいいでしょう
2	豊川　ママ子		母	
3	豊川　祖父太郎		祖父	※祖父母の連絡先があれば書いておくのもいいでしょう
4	豊川　祖母代		祖母	

体温	平熱　　度	体温調整	□　良好　□その他（　　）
アレルギー	無・(有)	〈内容〉 たまご・ピーナッツ　たまごは加工してあるものなら食べれる。	
発作の有無	無・(有)	〈頻度、その時の様子や対応など〉 てんかん発作　気持ち悪そうな表情になり、目がぴくぴくしてきます。 〇分以上痙攣が続いたときは救急搬送。	

※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。

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〉 抗てんかん薬 〈服薬回数、服薬方法〉 (朝)・昼・(夕)・夜・その他（　　） グレープフルーツジュースとは一緒に飲まない。

いつも飲んでいる薬を記入しましょう。薬の内容が変わることもあるので詳細がわかるものを別に綴じるとよいでしょう。

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　1日500～600ccくらい　食事量　6割くらい 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 スプーン・フォークを使って食べる。食べこぼしがあるためエプロンをしている。 好きなものしか食べない。 食事中、他に興味がでると遊んでしまう。
	〈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

<table>
<tr><td rowspan="4">食事</td><td colspan="3">トラブル時の対応等や連絡先

連絡の順番は①家族②担当医③救急車の順でお願いします。
○○○○病院　○○先生　電話番号○○○○-○○－○○○○</td></tr>
<tr><td colspan="3">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　（　　）</td></tr>
<tr><td>好きな食べ物
ハンバーグ　　からあげ　　うどん
ミートスパゲティー</td><td colspan="2">嫌いな食べ物
どんぶり　混ぜご飯　チャーハン
オムライス　野菜</td></tr>
<tr><td>食物アレルギー
たまご
ピーナッツ</td><td colspan="2">口腔ケア
☑　はみがき　（　自分で　・　介助　）
□　うがい　　□　スポンジ
□　その他　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="8">排泄</td><td rowspan="3">尿</td><td colspan="2">□　自立　　☑　おむつ　　☑　定時誘導　2～3 時間ごとにトイレ誘導をしている
尿意　☑　あり　　☑　なし　　予告　☑　する（　お股をたたく　）　□　しない</td></tr>
<tr><td colspan="2">介助方法の留意点
お股をたたいたときにはすでに出ているときもある。
尿意は伝えてくれるときとそうでないときがある。</td></tr>
<tr><td>排尿回数　　5～7　　回／日
日中　　3～5　　夜間　　1～2</td><td>① 導尿　□　あり　　☑　なし
（　　回／日　・　　時間ごと）
チューブサイズ　　Fr
② 膀胱洗浄　□　あり　　☑　なし
③その他　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">便</td><td colspan="2">□　自立　　☑　おむつ　　□　定時誘導
便意　□　あり　　☑　なし　　予告　□　する（　　）　☑　しない</td></tr>
<tr><td colspan="2">介助方法の留意点</td></tr>
<tr><td>排便回数　　1　　回／日　または週</td><td>①人工肛門　□　あり　（　　）
☑　なし
②その他　（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">生理</td><td>便の状態　　やわらかめ</td><td>便秘対策</td></tr>
<tr><td>□　あり　　□　なし
周期　　日くらい</td><td>量　□　多い　　□　ふつう　　□　すくない
期間　　日くらい</td></tr>
<tr><td colspan="3">特記事項</td></tr>
</table>

睡眠	時間　20　時頃 ～　22　時頃 お昼寝　1　時間（　13　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 寝る時はお気に入りのぬいぐるみやタオル	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 お昼寝は和室のお布団でして、夜は両親とベットで寝ている。	

運動機能		右	左
	上肢	□ 動く ☑ 動かせない（ 右上肢機能の障害 ）	□ 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 右半身まひがある。		

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	

妊娠中のこと	妊娠経過：妊娠 8 ヶ月まで事務職で働いていた。 妊娠中の大きな問題の指摘はされていない。
	出産場所：○○○○病院　　出産時の年齢：○歳
	分娩経過：予定日の 1 週間前（39 週 0 日）の○○時に陣痛がありタクシーで病院へ行き入院。なかなか子宮口が開かず、○○時間かけ、翌日の○時に出産。
	特記事項

<table>
<tr><td rowspan="5">成育歴</td><td colspan="4">在胎　39　週　1　日　　出生時体重　〇〇〇〇 g　身長　　〇〇　　cm
胸囲　　〇〇　　cm　頭囲　　〇〇　　cm</td></tr>
<tr><td colspan="4">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</td></tr>
<tr><td rowspan="3">健診歴</td><td>健診名</td><td>受診日</td><td>特記事項</td></tr>
<tr><td>4か月児
健診</td><td>〇年
〇月〇日</td><td>特に指摘されたことはなかった。</td></tr>
<tr><td>1歳6か月児
健診</td><td>〇年
〇月〇日</td><td>言葉が出ない。もう少し様子をみることとなった
→その後保健師さんへ相談</td></tr>
<tr><td></td><td>2歳児
歯科健診</td><td>〇年
〇月〇日</td><td>座っていることができず、順番が守れなかった。</td></tr>
<tr><td></td><td>3歳児
健診</td><td>〇年
〇月〇日</td><td>単語はでるようになった。市の〇〇教室に通い始めた。</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>予防接種</td><td>
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　　（　　）
</td></tr>
</table>