記入日：西暦　　　　　年　　月　　日　　つくし医療・福祉センター

入所希望調査書（エントリー票）

療養介護施設・医療型障害児入所施設

つくし医療・福祉センターへの入所を

※どちらかに〇印をつけて下さい。

1. 希望する。
2. 今回は、希望しません。

（理由　　　　　　　　　 　　　 　）

1. 希望しません。エントリーも取り下げます。

（理由　　 ）

**※希望される方は、現在の希望状況・事情を下記の欄にご記入ください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 記入日（確認日） | | | | | | | 西暦　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望利用者  氏　　　名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日・年齢 | | | | | | | 昭和・平成・令和　　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | 歳 | | | | | |
| 住所・連絡先 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☎　　　　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者・家族・成年後見人  氏　　　名 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用のためのアセスメントシート（No.1基本情報）【　　　年　　月　　日記載】（記録者：　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ふりがな） | | |  | | | | | | | | | | | | 性別 | 生年月日 | | |  | | | | | |
| 利用者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | |  | 年齢 | | |  | | | | | |
| 主病名・傷病名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 生年月日 | | | | | キーパーソン（氏名） | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
| 障害基礎年金 | | | | | 級 | | | | | 生活保護受給 | | | | | □有　□無 | | 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 | | | | |  | | 市町村行政機関 | | | | | |  | | | | 児童相談所 | | | |  | | | |
| 超重症児スコア | | | | |  | | 強度行動障害スコア | | | | | | 点 | | | | | | | | | | | |
| 準超重症児スコア | | | | |  | | 大島分類 | | | | | |  | | | | 横地分類 | | | | |  | | |
| 学歴 | | | | | □就学猶予（免除）　　□義務教育終了　　□高等部終了 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー | | | | □なし　□あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー情報 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬物アレルギー | | | | | | | | | 開始日 | | | 症状 | | | | | | | | | | | 中止 | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |  | |
| 食物アレルギー | | | | | | | | | 開始日 | | | 症状 | | | | | | | | | | | 中止 | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |  | |
| その他のアレルギー | | | | | | | | | 開始日 | | | 症状 | | | | | | | | | | | 中止 | |
|  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |  | |
| かかりつけ医療機関 | | | | | | | | | （□有　□無）  TEL　　　　　　　　　　主治医名：  TEL　　　　　　　　　　主治医名：  TEL　　　　　　　　　　主治医名：  TEL | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名：  緊急時搬送病院： | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス利用のためのアセスメントシート（NO2　基本情報） | | | | | | | | | | | | |
| 既往歴（出生から今までの医療面・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、簡単に書いて下さい）　※現在までの経過を含む | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 生育歴 | | | | | | | | | | | | |
| 妊娠経過異常（□有　□無）　□貧血　□羊水過多　胎児期間（　　　　）週　　仮死（□有　□無）  出生体重（　　　　　　）ｇ　　分娩：□正常　□異常（□鉗子　□吸引　□帝切　□骨盤位）  発育；定頸（首すわり）　　か月　　喃語　　か月　　ハイハイ　　か月　　歩き始め　　歳　　か月  障害が判明した時期　　　　　　　　　　　　　　　　　原因 | | | | | | | | | | | | |
| 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掛けることがあれば書いてください。 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 視覚障害 | | | | | □有　□無　□不明　　　眼　鏡：□有　□無　　　　光への過敏：□有　□無 | | | | | | | |
| 聴覚障害 | | | | | □有　□無　□不明　　　補聴器：□有　□無　　　　音への過敏：□有　□無 | | | | | | | |
| 行動障害 | | | | | □自傷　□他傷　□異食　□多動　□奇声　□攻撃的　□自慰行動　□指しゃぶり　□髪ぬき　□耳いじり　□頭叩き　□首ふり | | | | | | | |
| ※上記の行動が強まる場合どのような場面ですか。また、対応についての工夫 | | | | | | | | | | | | |
| 好きな場所や遊び | | | | | | 接し方のアドバイスについて | | | | 姿勢の工夫について | | |
|  | | | | | | | | | |  | | |
| ＡＤＬ |  | | | | | | | | | | | |
| □寝たきり　□寝返り　□這う　□膝たち　□立位可能　□歩行可能（□介助なし　□介助あり）  □座る（□背もたれ有　□背もたれ無　□座位保持装置　）□定型車椅子　□リクライニングタイプ  更衣（□自力　□介助）　入浴（□自力　□介助）　洗面（□自力　□介助）  手の動作は：  その他： | | | | | | | | | | | | |
| 衣類の購入方法、廃棄方法、着る服の特徴は。 | | | | | | | | | 衣類以外の物品の購入方法、廃棄方法は。 | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |
| サービス利用のためのアセスメントシート（No.3　基本情報） | | | | | | | | | | | | |
| けいれんについて | | | | けいれんの有無（□有　□無　）　出現する頻度（　　　　回／　　日・週・月・年） | | | | | | | | |
| けいれんの形態（どのように始まったか、けいれんの形の変化や強くなっていく様子。）  　けいれん時の対応について  使用薬剤（□ダイアップ（　　mg）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  けいれん発症時の対応について  （例えば・・・薬剤なしで様子を見てもいい持続時間など・・） | | | | | | | | | | | | |
| 食事・栄養について | | | | | | |  | | | | | |
| □経口　□胃ろう　□腸ろう　□経鼻経管栄養　□中心静脈栄養　　　　□呑気症（有　無）　□逆流（有　無） | | | | | | | | | | | | |
| 経口摂取 | |  | | | | | | 経管栄養 | | |  | |
| ・食事形態　主食（　　　　　　　　　　　　　　）  副食（　　　　　　　　）お茶（　　　　　　　）  ※きざみ食の方：＜□粗きざみ(5mm)　□きざみ（1㎜）  ・摂取道具  ・摂取方法・飲水など  ・自宅での摂取にかかる時間（　　　　　　　　　　）  ・自己摂取（□できる　□半介助　　□全介助）  ・水分のトロミ（□要　　□不要）  ・汁もののトロミ（□要　□不要）  好きな物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  嫌いな物（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  特食など（アレルギー除去、塩分制限、その他）  ※食事や食後の注意点  ※1日の摂取カロリー（　　　　　kcal） | | | | | | | | チューブ名（　　　　　　　　　　　　　　　）  種類　□バルン型　（□ボタン　□チューブ）  　　　□バンパー型（□ボタン　□チューブ）  管のサイズ（　　　　Fr）長さ（　　 　　）  バルン用の水（　　cc）入替え最終日（　　　）  注入時の姿勢（　　　　　）  注入の時間（　　　　　　　　　　　　　　　）  ポンプの有無（□有　□無）  その他の注意点 | | | | |
| 排泄について | | | | □トイレ　□オムツ |
| ・尿意を　□訴える　□わからない  訴え方  頻度は（　　）時間毎　　　　　回／　　日  ・便意を　□訴える　□わからない  訴え方  　便の性状（　　　）下痢（□有□無）　回／　日  　便秘時の対応（　　　　　　　　　　　　　　）  　下痢時の対応（　　　　　　　　　　　　　　）  ・人工肛門（□有　□無）処理回数　　回／　日  ・導尿　　回／　日  カテーテル種類（　　　　　　　　　　　　　）  ・バルンカテーテル留置の場合：  　サイズ（　　　）Fr交換（　　回／　　日） | | | | |
| 睡眠について | | | □ベッド　　□畳 | | | | |
| 睡眠時間　（就眠　　　　時～起床　　　　時まで）  ベッドを壁につける場合、（□右側　□左側）  午睡（□有　□無）  ※睡眠時の環境についての注意点 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス利用のためのアセスメントシート（No4　基本情報） | | | | | | | | | | | | |
| 吸　入 | （　□要　□不要　） | | | | | | | 吸　引 | | （気管：　□要　□不要　） | | |
| 薬剤： | | | | | | | | 吸引チューブ　　　Fr　　　　交換　　　回／　　日  吸引水内容・交換方法：  （口腔・鼻：　□要　□不要　）  吸引チューブ　　　Fr　　　　交換　　　回／　　日  吸引水内容・交換方法： | | | | |
| 酸　素 | （□無　　□時々　□常時） | | | | | | |
| □ボンベ　　□酸素濃縮装置  酸素（　　　Ｌ）  □経鼻　　　□マスク　　　□気切  その他 | | | | | | | |
| 気管切開 | | | （□有　　□無　） | |
| カニューレ種類　（　　　　　　　　　　　　　　　）  カニューレ号数ID　（　　　　　　　　　）  （　　　）cm挿入　　カフエア（　　　　cc）  交換日（　　　　　　）  Yガーゼ交換頻度 | | | | |
| 口腔ケア | 時間 | | | | | | |
| （注意点） | | | | | | | |
| 経管静脈栄養 | | | |  | | | |
| ポンプ（□有　□無）　ポート（□有　□無）  ポートなしの場合（ＩＶＨ　　　　　　cm）固定 | | | | | | | | 呼吸器設定 | | | |  |
| 機種（  O2　（　　　Ⅼ）　　自発呼吸（□有　□無）  モード（□ＳＩＭＶ　□ＰＳ　□ＣＰＡＰ　）  　　　　□その他  設定  アラーム設定  加湿器（□有　□無）人工鼻（□有　□無）  呼吸器設定変更（□有　□無）最終更新日（　　　） | | | | |
| 身体の機能について | | | | | |  | |
| 股関節脱臼（□有　□無）（□右　□左　□両方）  脊柱側弯（□有　□無）  股関節が開きにくい（□有　□無）  膝が（□伸びない　□曲がらない）  　　（□右　□左　□両方）  手が肩まで上がらない（□有　□無）  骨折したことがある（□有　□無）  部位： | | | | | | | |
| 装具について | | | | | □有　□無 | | | | | | | |
| □体幹コルセット　　□プレーリー　　□その他  □長下肢装具　（□右　□左）　　□短下肢装具　（□右　□左）  部位・注意点 | | | | | | | | | | | | |
| 生　理 | |  | | | | | 皮膚処置 | |  | | | |
| 初潮（　　　歳）　閉経（　　　　歳）  最終月経（　　　　　　　～　　　　　　　） | | | | | | | 部位（　　　　）処置（　　　　　　　　　　　　）  部位（　　　　）処置（　　　　　　　　　　　　）  部位（　　　　）処置（　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 身長・体重 | | | 計測日（　　　年　　月　　日　） | | | |
| 身長（　　　　　　cm）体重（　　　　　　　） | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 現在使用している社会資源：　相談支援・学校・訪問サービス・短期入所・作業所について（事業所名や利用回数等） | | | | |
|  | | | | |
| サービス利用のためのアセスメントシート（NO5　基本情報） | | | | |
| 時間 | 注入食 | 薬 | 吸入 | 処置 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| タイムスケジュール注意点 | | | | |

令和６年９月作成　外来