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　】　記録者　（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ふりがな） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | 生年月日 | | |  | | | | | |
| 利用者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | 年　齢 | | |  | | | | | |
| **主病名・症病名** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　係 | | 氏　名 | | | | | | 年　齢 | | | | 生年月日 | | | | | | 備　考 | | キーパーソン：氏名（　　　　　　) | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | |  | |
| 障害基礎年金 | | | | | 級（　　　） | | | | | | 生活保護受給 | | | | | | |  | 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 | | | | | 区分 | | 市町村行政機関 | | | | | | | | |  | | | 児童相談所 | | | | |  | | | |
| 超重症児スコア | | | | | 点 | | 強度行動障害スコア | | | | | | | | | 点 | | | | | | | | | | | |
| 準超重症児スコア | | | | | 点 | | 大島分類 | | | | | | | | |  | | | 横地分類 | | | | | |  | | |
| 学　歴 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー | | | | □なし　□あり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギー情報 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| アレルギーの種類 | | | | | | | | | | 開始日 | | | | 症　状 | | | | | | | | | | | | 中止 | |
| 薬物アレルギー | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| 食物アレルギー | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| その他のアレルギー | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |
| かかりつけ医療機関 | | | | | | | | | | （□なし　□あり） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名：  緊急時搬送病院： | | | | | | | | | | 主治医名：　　　　　　　　　　　　TEL  主治医名：　　　　　　　　　　　　TEL  主治医名：　　　　　　　　　　　　TEL  主治医名：　　　　　　　　　　　　TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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）　カ月　喃語　　カ月　ハイハイ　　カ月　歩き始め　　歳　カ月  障害が判明した時期　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　原因 | |
| 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　　　（該当するところをチェックしてください）  ※上記の行動が強まる場合どのような場面ですか。また、対応について工夫があれば書いて下さい。 | |
| ＡＤＬ　□寝たきり　□座位（背もたれ　□有　□無）□車いす　□膝たち　□立位可能　□歩行可能  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： | |
| 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、又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。〕 | |
| 好きな場所や遊び　　〔接し方のアドバイスや、姿勢の工夫があれば書いてください。〕 | |
| 現在使用している社会資源（学校・訪問サービス・短期入所・作業所等の事業所名・利用回数等） | |
| 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　）  ・けいれんの形態（どのように始まり、どう症状変化するか）  　けいれん時の対応  ・使用薬剤　　□ダイアップ座薬　□その他（　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　）  ・けいれん発症時の対応についての詳細を記入してください。例えば、薬剤なしで様子を見る時間等。 | |
| 経口摂取  ・食事形態　　主食（　　　　 　　　　　）  　副食（　　　　　　　　　）お茶（　　　　　）  ・摂取道具  ・摂取方法･飲水など  ・自宅での摂取時間（　　　　　　　）  ・自己摂取（□できる　□半介助　　□全介助）  ・好きな物（　　　　　　　　　　　　　　　）  ・嫌いな物（　　　　　　　　　　　　　　　）  ・特食など（アレルギー除去、塩分制限等）  ・食事や食後の注意点 | 排泄について　　　□トイレ　□オムツ  〇尿意を　□訴える　□わからない  どの様に訴えるか  頻度は（　　　）時間毎（　　　）回／日  ・導尿（　　　）回／日　カテーテル種類  　バルンカテーテル留置  サイズ（　　　）Fr交換（　　　　）回／日  〇便意を　□訴える　□わからない  　どのように訴えるか    　普段の便の性状（　　　　　　　　 　　）  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 |
| 口腔ケア　　時間  注意点： |
| 睡眠について　　□ベッド　　□畳  睡眠サイクル（就眠　　　時～起床　　　時まで）  ベッドの場合、（□右側　□左側　□壁つけ）希望  ※睡眠時の環境の注意点があれば記載してください。 |
| 生理　　初潮（　　　歳　）閉経（　　　歳　）  最終月経　（　　　　　／　　～　　　／　　　） |
| 身体機能について　　脊柱側弯：（□有　□無）  股関節脱臼：右（□有　□無）左（□有　□無）  股関節が開きにくい:　　右（□有□無）  左（□有□無）  膝関節：　　右（□伸びない　□曲がらない）  　　左（□伸びない　□曲がらない）  手が肩まであがらない：　　　（□右　□左）  骨折したことがある：　　　　（□有　□無）  部位： |

|  |  |
| --- | --- |
| サービス利用のためのアセスメントシート（No4） | |
| 吸入　　　　（□要　□不要）  ・薬剤（　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　回/日  ・その他 | 酸素　　　（□常時　　□時々　□無し）  ・酸素（　　　　　ℓ）  （□経鼻　　□マスク　　□気切）  ・その他 |
| 気管切開　　　（□有　□無）  ・カニューレの種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・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 | 皮膚処置  部位（　　　　）処置（　　　　　　　　　　　）  部位（　　　　）処置（　　　　　　　　　　　）  部位（　　　　）処置（　　　　　　　　　　　） |
| 経静脈栄養  ポンプ（□有　□無）ポート（□有　□無）  ポート無しの場合（IVH　　　　㎝）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（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 吸引  ・気管（□有　□無），口腔・鼻（□有　□無）  ・吸引チューブ（　　　　　）Fr　・交換　（　　　回／日）  ・吸引水内容・交換方法 | | | | |
| 経管栄養  □胃ろう　□腸ろう　□経鼻経管栄養　□その他  ・チューブの名前（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・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)  ・管のサイズは（　　　**Fr**）長さは（　　　㎝　）  ・バルン用の水　（　　　cc　）  ・入れ替え最終日（　　　　　　　　　　　）  ・注入時の姿勢（　　　　　　　　　　　　）  ・注入の時間（　　　　　　　　　　　　　）  ・ポンプの使用　（□有　□無）  ・その他の注意点 | | 身長・体重　　計測日（　　　　　　　　）  身長（　　　cm　）体重　（　　　　ｇ） | | |
| その他 | | |
| 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 | | | | |
| その他 | | | | |