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 |