

在宅支援 事前情報用紙

受取日 _____ 受取者 _____

記入者 _____ 続柄 _____

①氏名・住所等

氏名	生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別
住所	〒						

②緊急連絡先

	氏名	続柄	番号①	備考	番号②	備考
第1						
第2						

③家族構成

氏名	続柄	生年月日	備考

④担当公的機関・学校・利用している障害福祉サービス等

児童相談所(子ども家庭相談センター)	担当者
福祉サービス支給実施主体	担当者
学校	(在学: 年)(卒業年度: 年卒)
通所事業所	担当者
保健所(保健師)	担当者
	担当者
	担当者

⑤交付手帳について

交付手帳	交付年月日	交付番号	内容
身体障害者手帳			障害名: 等級:
療育手帳			判定:

⑥受給者証について

支給実施主体				
障害福祉サービス				
支給量(時間・日数等)				
計画相談支援の利用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	事業所名	担当者

⑥予防接種について

チェック欄	予防接種	チェック欄	予防接種	チェック欄	予防接種
<input type="checkbox"/>	ポリオ	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	三種混合(破傷風・ジフテリア・百日咳)
<input type="checkbox"/>	麻疹	<input type="checkbox"/>	風疹	<input type="checkbox"/>	日本脳炎
<input type="checkbox"/>	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	水痘	<input type="checkbox"/>	種痘
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

⑦呼吸状態について

人工呼吸器の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
人工呼吸器	機器名:	
	管理病院・医師:(病院名)	(医師名)
	機器メーカー担当者:(機器メーカー名)	(担当者)

呼吸状態	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 喉頭気管分離	<input type="checkbox"/> 酸素使用			
気管カニューレ	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	製品名	カフ圧	サイズ	Fr
酸素の使用方法 *酸素の使用状況・方法を記入してください						

⑧食事について

チェック欄	食べ方	形態:	内容
<input type="checkbox"/>	経口		
<input type="checkbox"/>	胃チューブ	種類:	サイズ 固定 cm
<input type="checkbox"/>	十二指腸チューブ	種類:	サイズ 固定 cm
<input type="checkbox"/>	胃瘻	種類:	サイズ 固定水 CC
<input type="checkbox"/>	腸瘻	種類:	

⑨アレルギーについて

原因物質(具体的に)	主な症状(具体的に)

⑩てんかん発作について

<input type="checkbox"/>	一度もない	<input type="checkbox"/>	以前あったが今はない
<input type="checkbox"/>	発作がある		

頻度	
発作の状態	
発作の時の対応	

【 看護面について 】

①呼吸状態について

<input type="checkbox"/>	食後にゼロゼロする	<input type="checkbox"/>	いつもゼロゼロしている
<input type="checkbox"/>	緊張すると喉がガーガー鳴る	<input type="checkbox"/>	仰向けに寝かせると苦しくなる
<input type="checkbox"/>	時々顔色が悪くなる	<input type="checkbox"/>	その他:

(1)吸引について

頻度	
方法	

(2)吸入について

頻度	
方法	

(3)その他注意点

--

②排泄について

(1)排尿について

<input type="checkbox"/>	トイレ	<input type="checkbox"/>	オムツ	<input type="checkbox"/>	その他:
サイン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	サイン(

(2)排便について

<input type="checkbox"/>	トイレ	<input type="checkbox"/>	オムツ	<input type="checkbox"/>	その他:
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	------

サイン	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	サイン(
回数	1日に 回							
コントロール方法	<input type="checkbox"/>	浣腸	<input type="checkbox"/>	座薬	<input type="checkbox"/>	内服薬	<input type="checkbox"/>	その他:

③消化器機能について

<input type="checkbox"/>	お腹が張りやすい	<input type="checkbox"/>	はきやすい
<input type="checkbox"/>	下痢をしやすい	<input type="checkbox"/>	その他:

④月経の有無(女性のみ回答)

<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有 (<input type="checkbox"/> 定期的 / <input type="checkbox"/> 不順 / <input type="checkbox"/> ())
--------------------------	---	--------------------------	---

⑤就寝形態について

時間	時から	時まで
昼寝	<input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 (時 ~ 時まで)	
睡眠状態	<input type="checkbox"/> よく眠る ・ <input type="checkbox"/> 眠りが浅い ・ <input type="checkbox"/> 短時間で熟睡	
入眠を促す方法・ 配慮すること		

⑥身体状況について

(1) 身体機能

<input type="checkbox"/>	寝たきり	<input type="checkbox"/>	半寝返り	<input type="checkbox"/>	完全寝返り
<input type="checkbox"/>	座位保持 (<input type="checkbox"/> 自力 ・ <input type="checkbox"/> 介助)			<input type="checkbox"/>	立位保持 (<input type="checkbox"/> 自力 ・ <input type="checkbox"/> 介助)
<input type="checkbox"/>	つかまり立ち (<input type="checkbox"/> 自力 ・ <input type="checkbox"/> 介助)			<input type="checkbox"/>	物がつかめる

(2) 移動方法

<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無		
<input type="checkbox"/>	四つ這い		<input type="checkbox"/>	背這い	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	膝立ち		<input type="checkbox"/>	いざり移動	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	つたい歩き		<input type="checkbox"/>	両手支え歩き	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	独歩		<input type="checkbox"/>	車椅子(自力操作)	<input type="checkbox"/>
					補助具・補装具

(3) 特徴的な行動

<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無		
<input type="checkbox"/>	異食がある		<input type="checkbox"/>	便いじりがある	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	自傷がある		<input type="checkbox"/>	他傷がある(疑いも含)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	その他:				
					反芻がある
					奇声をあげる

(4) 視力について

<input type="checkbox"/>	正常	<input type="checkbox"/>	見えてはいるようだ	<input type="checkbox"/>	光のみ
<input type="checkbox"/>	見えない				

(5) 聴力について

<input type="checkbox"/>	正常	<input type="checkbox"/>	聞こえてはいるようだ	<input type="checkbox"/>	聞こえない
--------------------------	----	--------------------------	------------	--------------------------	-------

(6) 冷感について

<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>	有	対処方法:	
--------------------------	---	--------------------------	---	-------	--

⑦意思表示について

<input type="checkbox"/>	ことばでこたえる	例)
<input type="checkbox"/>	イエス・ノーが示せる	「イエス」のサイン / 「ノー」のサイン /
<input type="checkbox"/>	意味のある声や表情	例)
<input type="checkbox"/>	理解力について	

⑧日常生活について

(1) 日中の過ごし方

<input type="checkbox"/>	好きなおもちゃで遊ぶ	<input type="checkbox"/>	テレビを見る
<input type="checkbox"/>	ラジオを聴く	<input type="checkbox"/>	好きな音楽を聴く
<input type="checkbox"/>	その他:		

(2) 習慣や好む体位

--

⑨体調が悪くなる時の変化(きざし)やサイン

--

⑩気をつけてほしいこと、要望等

--

【 栄養面について 】

①経口栄養の方

(1) 食事について

食事の回数	1日	回
-------	----	---

食事の時間	時	時	時	時
-------	---	---	---	---

主食の形状	<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	軟らかめ	<input type="checkbox"/>	お粥状	<input type="checkbox"/>	ミキサー
	<input type="checkbox"/>	ゼリー状						

副食(おかず)の形状	<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	一口大にカット	<input type="checkbox"/>	荒いきざみ(1cm程度)
	<input type="checkbox"/>	細かい刻み(2~3mm程度)	<input type="checkbox"/>	ミキサー状(粒が無い状態)		

食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	無				
	<input type="checkbox"/>	卵	<input type="checkbox"/>	牛乳	<input type="checkbox"/>	小麦	<input type="checkbox"/>	大豆
	<input type="checkbox"/>	そば	<input type="checkbox"/>	ピーナッツ	<input type="checkbox"/>	その他:		

除去の程度	<input type="checkbox"/>	食品そのもののみ除去	<input type="checkbox"/>	完全除去(加工品、調味料に含まれる物すべて)
-------	--------------------------	------------	--------------------------	------------------------

使用食器	<input type="checkbox"/>	箸	<input type="checkbox"/>	スプーン	<input type="checkbox"/>	フォーク	<input type="checkbox"/>	特殊器具
------	--------------------------	---	--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------	------

姿勢	<input type="checkbox"/>	寝たまま	<input type="checkbox"/>	車椅子	<input type="checkbox"/>	抱っこ	<input type="checkbox"/>	座位
	<input type="checkbox"/>	座位保持	<input type="checkbox"/>	その他:				

嚥下状態	<input type="checkbox"/>	上手	<input type="checkbox"/>	時々むせる	<input type="checkbox"/>	よくむせる
------	--------------------------	----	--------------------------	-------	--------------------------	-------

好き嫌い								
------	--	--	--	--	--	--	--	--

食事介助時の 注意点・工夫点等								
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

(2) 水分摂取について

水分補給方法	<input type="checkbox"/>	そのまま口から	<input type="checkbox"/>	とろみつき	<input type="checkbox"/>	ゼリー状
	<input type="checkbox"/>	チューブから補給	<input type="checkbox"/>	その他:		

使用食器	<input type="checkbox"/>	コップ	<input type="checkbox"/>	ほ乳瓶	<input type="checkbox"/>	ストロー
	<input type="checkbox"/>	スプーン	<input type="checkbox"/>	その他:		

姿勢	<input type="checkbox"/>	寝たまま	<input type="checkbox"/>	車椅子	<input type="checkbox"/>	抱っこ	<input type="checkbox"/>	座位
	<input type="checkbox"/>	座位保持	<input type="checkbox"/>	その他:				

嚥下状態	<input type="checkbox"/>	上手	<input type="checkbox"/>	時々むせる	<input type="checkbox"/>	よくむせる
------	--------------------------	----	--------------------------	-------	--------------------------	-------

好き嫌い								
------	--	--	--	--	--	--	--	--

水分摂取時の 注意点・工夫点等								
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

②経管栄養の方

(1)食事について

投与方法	<input type="checkbox"/>	経鼻チューブ	<input type="checkbox"/>	胃瘻	<input type="checkbox"/>	十二指腸チューブ
	<input type="checkbox"/>	その他:				

流動食(栄養剤)の種類	<input type="checkbox"/>	エンシュア	<input type="checkbox"/>	ラコール	<input type="checkbox"/>	ツインライン
	<input type="checkbox"/>	アイソカル	<input type="checkbox"/>	その他:		

注入時間		分
------	--	---

注入方法	
------	--

注入時の注意点等	
----------	--