

情報登録書(ご家族等記入用①) 氏名() 生年月日() 性別()

同居家族 父 母 兄 姉 弟 妹 その他()

主な介護者 父 母 兄 姉 弟 妹 その他()

身体障害者手帳 無 有 →()級 療育手帳 無 有 →等級()

コミュニケーション(複数選択可能です)

- I:簡単な会話ができる IV:簡単な言葉かけを理解する VII:無反応
 II:有意語がある V:呼びかけに反応する
 III:要求やyes/noの表出ができる VI:快・不快の表現をする

視覚 見える 見えない(見えにくい) → 右 左 両方 → 義眼 眼鏡等

聴覚 聞こえる 聞こえない(聞こえにくい) → 右 左 両方 → 補聴器

褥瘡 無 有 → 部位()

→ 処置の内容 ()

食事方法 自力摂取 部分介助 全介助

食事姿勢 車イス ベッド 立位台 臥位 その他()

水分形態 液体状 ゼリー状 とろみ状

排尿回数()回/日 排便回数()回/()日 摘便 可 不可 浣腸 可 不可

排泄方法 トイレ誘導 オムツパッド交換 導尿 尿器 その他()

夜間の姿勢 仰臥位 左側臥位 右側臥位 腹臥位

体位交換 無 有 → ()時間毎

不眠時の対処法 ()

可能な姿勢と移動 寝返り 腹這い 自力座位 つかまり立ち 手引き歩行 車イス自走
四つ這い 膝立ち歩き 腹臥位 自力での立位 自力歩行

使用している装具等 車いす 歩行器 クラッチ 靴型装具 コルセット

座位保持装置 SRC 長下肢装具 インソール その他

立位台 杖 短下肢装具 頭部保護帽 ()

<予防接種>

疾患名	罹患	接種	予防接種1回目 接種日	接種	予防接種2回目 接種日
麻疹	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	
風疹	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	
水痘	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	
流行性耳下腺炎	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	
新型コロナ	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/> 済	最終接種日() 接種回数()回目		

情報登録書(ご家族等記入用②)

氏名() 生年月日() 性別()

<ご家族等連絡先>

氏名() ※本人以外に連絡の取れる方をご記入ください

連絡先() ※連絡先が登録者の方と同じであれば、記入は不要です。

住所()

※住所が登録者の方と同じであれば、記入は不要です。

<就学状況> 学校名をすべてご記入ください

就学前() 在籍 卒業

小学校() 在籍 卒業

中学校() 在籍 卒業

高校() 在籍 卒業

<福祉サービスの状況等>

障害支援区分 無 有 → 1 2 3 4 5 6 有効期間(年 月)

利用中のサービス内容及び事業所

サービス名	事業所名	電話番号

サービス等利用計画(障害児支援利用計画)作成

セルフプラン 有 → 事業所名()

<かかりつけ医>

医療機関名	担当科	担当医	電話番号

<訪問看護事業所等>

事業所名	電話番号