

本人の紹介

記入日： 年 月 日 記入者：

ふりがな		愛称	性別	生年月日				
氏名			男・女	年 月 日				
写真		住所	〒 ()					
			〒 ()					
		緊急連絡先	順位	氏名	続柄	連絡先		
						()		
				()				
				()				
家族状況	氏名	生年月日	続柄	連絡先等	氏名	生年月日	続柄	連絡先等
医療的ケア	無・有	<呼吸> 気管切開 経鼻挿管 人口呼吸器 その他 加湿 (必要 不要) 吸入 (有 無) 吸引 (有 無)						
体温	平熱	度	体温調節	良好	その他 ()			
けいれん発作	無・有	<頻度> <様子や対応など>						

排	尿	自立 おむつ 定時誘導	尿意 有 無	予告 する() しない	
		介助方法の留意点			
		回/日	導尿 有()		
		日中	回/日 チューブサイズ Fr		
		夜間	無	膀胱洗浄 有 無	その他
泄	便	自立 おむつ 定時誘導	便意 有 無	予告 する() しない	
		介助方法の留意点			
		回/日または週	人口肛門 有()		
		性状	無		
		便秘対策	その他		
生理	有 無	量 多い ふつう 少ない			
特記事項					
睡眠	時間 時頃 ~ 時頃	睡眠中の状態			
	午睡 時間(時頃)	眠りが浅い	歯ぎしり	いびき	
	状況 良眠 不眠	寝相が悪い	寝言		
	寝つき 良い 悪い	その他()			
	睡眠導入方式	睡眠中の体位変換の必要性 有 無			
頻度・方法など					
寝具 布団 ベッド どちらも可					
特記事項					
運動機能		右	左		
	上肢	動く() 動かさない	動く() 動かさない		
	下肢	動く() 動かさない	動く() 動かさない		
	手指	動く() 動かさない	動く() 動かさない		
	特記事項				

主な医療機関	診療科	病院名	担当医師名	内容
診断名				
手帳等	身体障害者手帳		療育手帳	
	交付	年 月 日	交付	年 月 日
		視・聴・肢体・内部(種 級)		(A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2)
	交付	年 月 日	交付	年 月 日
		視・聴・肢体・内部(種 級)		(A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2)
	交付	年 月 日	交付	年 月 日
		視・聴・肢体・内部(種 級)		(A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2)
	精神障害者手帳		その他	
交付	年 月 日			
交付	年 月 日			