短期入所利用台帳

令和　　年　　月　　日現在

基本情報

ふりがな:

氏名:

生年月日　昭和・平成・令和　　年　　月　　日(　　歳)

住所:　〒　　市・区・郡

性別:　男　女

援護の実施者:　　市・区・郡

緊急連絡先:

① TEL:　　自宅　会社　携帯　続柄(　　)

② TEL:　　自宅　会社　携帯　続柄(　　)

③ TEL:　　自宅　会社　携帯　続柄(　　)

家族構成:

氏名	続柄	同居・別居	氏名	続柄	同居・別居

障害の起因:	いつ	障害の原因	疾病・受傷病名
	歳(ごろ)	疾病 ・ 事故	

身障手帳の内容:　(　　級)　重複障害(愛の手帳など):

医療保険の状況: 国保　社保　生保　他(　　)

障害者医療費受給者証:　あり　・　なし

障害福祉サービス受給者証の短期入所日数　1ヶ月あたり　日間

疾病の状態

主疾患: (　　)

留意の必要な感染症: C型肝炎 HIV MRSA その他 (　　)

予防接種・罹患の有無: おたふくかぜ　水疱瘡　日本脳炎　麻疹　風疹　ポリオ

留意の必要な合併症: 高血圧 心臓病　糖尿病　易感染　その他(　　)

痙攣: なし ・ ある　特徴・頻度(　　)　発作時の対応(　　)

薬: なし ・ ある　薬剤名:

飲ませ方:

身体

身長:　(　)cm　体重: (　　) kg　平熱: (　　) ℃

視力:　見える　見えにくい　見えない　眼鏡:　あり ・ なし

聴力:　聞こえる　聞こえにくい　聞こえない　補聴器:　あり ・ なし

麻痺・拘縮: ない ・ ある (状態:　　)

呼吸:　吸引 (チューブの長さなど)　酸素　気管切開

月経: ない ・ ある

食事の状況

食事の形態:　主食: 米飯　おかゆ　パン粥　その他(　　)　分量: 大盛　並　軽

副食: 普通　きざみ　すりつぶし　その他(　　)

食事制限: していない ・ している(カロリー:　塩分:　糖分:　その他)

食事動作:　自力で食べる　介助 (介助の内容:　　)

経管栄養:　内容　量 (　　)

一日の水分量:　1日あたり 約(　　) ml

水分の飲み方:　コップから　ストローで　とろみをつける

摂取時の体位

排泄の状況	排泄の状況: トイレで自立　介助　（内容:　）
	紙おむつ使用
	排泄の訴え:　ある　時々ある　ない
	1日の排尿回数: 日中 約(　)回　夜間 約(　)回
	排便の頻度:　毎日あり　約(　)に1回
	排便のコントロール: 服薬　浣腸(　日目に使用)　摘便　その他(　)
	尿バルーン（　Fr.）　導尿:（時間
その他の生活状況	運動機能:　独歩可　伝い歩き可　）
	更衣:　自力でできる　介助　（内容:　）
	洗面:　自力でできる　介助　（内容:　）
	歯磨き:　自力でできる　介助　義歯の有無　マウスピース有無　（　）
	入浴:　自力でできる　介助　（内容:　）
	車椅子の操作:　できる（　自走　電動　）　介助　使わない
	車椅子の乗車時間:特に制限はない　1日(　)時間以内
	車椅子からベッドへの移乗:自力でできる　介助　（内容:　）
	補装具:　下肢装具　コルセット　歩行器　腹臥位マット　その他（　）
	日中・夜間姿勢介助:　必要　必要でない
	コミュニケーション 会話　筆談　文字盤　カード　身振り
	機器使用:(機器の内容:　)
	睡眠時間:入眠時間(　)時　～起床時間（　)時
	良く眠れる　・　なかなか眠れない　薬使用（　）
	ベットの使用:　できる　難しい　サークルの必要:　有　無
	使用している福祉サービス:
好きなこと（落ち着く物など） 例）音楽　テレビ　DVD　玩具	
アレルギー　禁止項目	
その他気をつけて欲しいこと:	