

利用者基本情報

年 月 日

ふりがな 本人氏名	にしのみや たろう		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	【ニックネーム】
	西宮 太郎			たろうくん
生年月日	西暦 2012 年 5 月 5 日 (8 歳)			
住所	〒 ●●●-○○○○		TEL ●●●-○○○○	FAX
	西宮市○○町○-○-○			
保護者名	西宮 一郎	携帯 TEL ●●●-○○○○	その他の緊急連絡先 (関係)	
	西宮 花子	携帯 TEL ●●●-○○○○		
通学先	名称	○○小学校、○○特別支援学校		<input checked="" type="checkbox"/> 小 (1 年 組) <input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
利用中の 福祉サービス (放デイ等)	放課後等デイ○○、○○ショートステイ			
療育手帳	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2	身体障害者手帳	種 級	
主症状	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障害 <input checked="" type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> ダウン症 <input type="checkbox"/> 情緒障害 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 身体障害			
	名称	()	その他	()
発作	(有)	(無)		

現在の本人 の健康状態	① 平常体温	: (36.5 °C)		
	② 排便	<input type="checkbox"/> 規則的 <input checked="" type="checkbox"/> 不規則的	便秘傾向あり	
既往症	③ 常用薬	: (<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 服用時期・回数 (<input checked="" type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜 1 回)		
	④ 下痢	: (<input type="checkbox"/> しやすい <input checked="" type="checkbox"/> しにくい)		
	⑤ 乗り物酔い	: (<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 乗り物酔い <input type="checkbox"/> 飲薬 (<input checked="" type="checkbox"/> 飲まない)		
	病歴	年 月 年 月 年 月 年 月 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 その他 ()		
	アレルギー	食物 : 甲殻類、ナッツ 薬物 : アルコール その他 :		
けいれん及び発作症状の対処方法 てんかん発作があります。発作時は安全を確保して、「いつ」「何秒間」発作があったかの情報を記録してください。また、落ち着いたたらすぐに母まで連絡下さい。 その他 (健康状態などで留意してほしい点など) お腹を壊しやすいので飲み物は常温で飲ませて下さい。 冬場は肌の乾燥が酷くなり痒がるので、持参させている薬を塗ってあげて下さい。				
掛かりつけ の医療機関	名称	○○医院	科目	小児科
	TEL	●●●-○○○○	主治医	○○先生
名称		科目		主治医
TEL				

家族構成	<p style="text-align: center;">父 母 祖母（母方） 姉（〇〇小学校〇年生） 弟（〇〇保育園〇才）</p>	ご家族の勤務先
		<p>①（本人との関係： 父 ）（緊急時連絡： × ） 名称：〇〇株式会社 TEL：●●●－〇〇〇〇</p> <p>②（本人との関係： 祖母 ）（緊急時連絡： ○ ） 名称：〇〇マーケット TEL：●●●－〇〇〇〇</p> <p>※支障のない程度でご記入をお願い致します。 ※緊急時、緊急連絡先への連絡が繋がらない場合、勤務先への連絡を行う場合がございます。勤務先への連絡が可能な方は○、不可能な方は×を記入して下さい。</p>

コミュニケーション	本人からの発信	<p>ある程度言葉で表現は出来ますが、気持ちが落ち着かない時などは物を投げたり、人を叩いたりすることがあります。 困っている時など、助けを求めることが難しいです。</p>	<p>その他（ 要望・こだわり・留意点など）</p> <p>本人独特の表現があります。例えば車の事は全て「バス」と言うなど。</p>
	他者からの受信	<p>ある程度言葉の理解は出来ますが、絵や写真で見の方が分かりやすい時もあります。 気持ちが落ち着かない時は何を言っても聞き入れられません。</p>	<p>落ち着かない時は落ち着くまで見守ってあげてください。 NGワード（注射）があります。それを聞くとパニックになります。</p>
身辺処理	衣服着脱行為	<p>介助の必要性 (<input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無)</p> <p>事前準備（表裏・前後）の必要性 (<input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</p> <p>チャック・裾入れ等の介助 (<input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</p>	<p>着替えは自身で出来ますが、表裏を間違っていたり、冬なのに半そでを選んだりします。 靴の踵を踏むことがあるので、しっかり履くように声掛けしてください。</p>
	排泄行為	<p>介助の必要性 (<input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無)</p> <p>声掛け・誘導の必要性 (<input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</p> <p>拭き取りの介助 (<input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</p>	<p>遊びに夢中になっているとトイレに行くのを忘れるので、声掛けをしてください。 便のふき取りは練習中です。最後に確認をお願いします。</p>
	食事行為	<p>介助の必要性 (<input type="checkbox"/>有 <input checked="" type="checkbox"/>無)</p> <p>食事時の用具 (<input checked="" type="checkbox"/>箸 <input checked="" type="checkbox"/>スプーン <input type="checkbox"/>その他)</p> <p>偏食の有無 (<input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</p> <p>好きな食べ物 (<input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</p> <p>嫌いな食べ物 (<input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</p>	<p>一人で食べられます。 たまに手で食べる事があるので、箸やスプーンを使うよう声かけしてください。 嫌いな食べ物もありますが、お弁当に入れる事もあるので、無理のない範囲で食べさせてください。</p>

視覚・聴覚	視覚	支障 (<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)	その他 (要望・こだわり・留意点など)
		メガネの有無 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
聴覚	聴覚	支障 (<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)	学校では眼鏡をかけています。 壊れるといけないのでレインボーに着いたらケースに入れるように言っています。
		補聴器の有無 (<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)	
移動	公共の乗物	電車の乗車 (<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)	電車やバスなど座席に座れないと怒りだします。 乗る前に説明するとある程度は納得できます。
		バスの乗車 (<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)	
		その他 (<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)	
	屋外	信号の理解 (<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)	車や道路が危険ということはわかっていますが、夢中になっていたりすると飛び出す事もあるかもしれませんので気を付けてください。
	危険 (車等) の理解 (<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)		
	飛び出しの有無 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
動		手をつなぐ事が出来るか (<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)	
	その他外出・移動時に注意する点		
場面が変わる時の切り替えが難しいので移動する5分前くらいには声を掛けて「あと〇分で帰るからね」など声を掛けてください。			
趣味	好きなこと	(<input type="checkbox"/> テレビゲーム、塗り絵) (<input type="checkbox"/> ボール遊び、砂場遊び) (<input type="checkbox"/> かるた)	その他 (要望・こだわり・留意点など)
	嫌いなこと	(<input type="checkbox"/> カラオケ) () ()	
大きな音が嫌いなので、カラオケなどは行きたがりません。 塗り絵など好きな事は1時間でも集中してすることがあります。			
社会参加 (習い事など)	今現在していること		
	特になし。		
	今後考えてること		
出来れば水泳を習わせたいと思っています。(週1程度)			
本人の交友関係	人とのかかわり	(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	その他
	友達	(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
	近所付き合い	(<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無)	
クラスに友達はいるみたいですが、約束して遊ぶということはありません。			

保護者が感じる負担やストレス	姉弟もいて母も働いているので、自分の時間が無くストレスに感じることもある。最近祖母もデイサービスに行くようになって、そのやり取りなどが大変。	
家族・兄弟関係などの情報	姉はよく面倒を見てくれて助かっている。逆に弟は興味がないようであまり関わりがない。祖母の事は好きで以前は二人で出かける事も出来た。	
記入者の相談相手の有無	(<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	有の場合 その相談者は主に誰か (夫、クリニックの先生等)
家族・本人の要望・希望するサービス		
【家族】	<ul style="list-style-type: none"> ・宿題が集中して出来るように環境を作ってあげて欲しい。 ・中々自分の言いたい事やりたいことが表現できないので、そういう事が言えるような関係性や、環境を作ってあげて欲しい。 ・楽しんで行けるようにお友達とも仲良く過ごせるよう見守って欲しい。 	
【本人】	<p>※聞き取りが可能な範囲で記入をお願いします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・友達と一緒に遊びたい。料理がしてみたいようで、お昼ご飯やおやつを作りたいと言っている。 ・パソコンでローマ字入力出来るようになりたいと言っている。 	
今後本人に臨む成長		
	【1年後】	【半年後】
自分が困っている時など、助けて欲しい事を相手に伝えられるようになって欲しい。 嫌な事、怒っている事を言葉などで伝えられるようになって欲しい。		宿題をするときなどある程度集中して取り組めるようになってほしい。 話を聞くときなども集中して聞けるように。
対応者の総合所見 (注意すべき点・気になる点・長期目標の設定など)		
※事業所職員が記入致しますので、記入は必要ありません。		