

新型コロナウイルス感染症等対策支援に係る事前準備シート（者）

【記入者： _____】

《本人情報》				受入日：令和 年 月 日（ ） 市町村名： _____			
記入日	令和 年 月 日（ ）			緊急時 連絡先	①	氏名： _____（続柄）	
フリガナ						連絡先： _____	
氏名					②	氏名： _____（続柄）	
						連絡先： _____	
生年月日	年 月 日生（ ）歳			マスクの着用		可・不可 留意事項（ _____ ）	
性別	男性・女性						
住所：〒 _____				生活歴：（学校名、通所先の事業所など） _____ _____ _____			
電話： _____							
障害名 _____							
障害者 手帳	身体	有（種 級）・無・申請中					
	精神	有（ 級）・無・申請中					
	療育	A1	A2	B1	B2		
受給者証		有・無					
サービス提供事業所名： _____				相談支援事業所名： _____			
電話： _____				電話： _____			

《医療機関情報》

既往歴							
基礎疾患	有・無		病名	1. 慢性呼吸器疾患 2. 慢性心疾患（高血圧を除く） 3. 慢性腎疾患 4. 慢性肝疾患（慢性肝炎を除く） 5. 神経疾患・神経筋疾患 6. 血液疾患 7. 糖尿病 8. 疾患や治療に伴う免疫抑制状態（悪性腫瘍/関節リウマチ・膠原病/内分泌疾患 （肥満含む）/消化器疾患/HIV感染症・その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態） 9. 小児科 領域の慢性疾患 10. その他（ _____ ）			
服薬	有・無		薬剤名				
医療ケア	要・不要		内容				
かかり つけ医 など	名称				病気への留意点		
	主治医						
	電話						
	訪問診療		有・無				
	訪問看護		名称			連絡先	

《日常生活領域情報》

①歩行(屋内移動)	可 ・ 困難 ・ 不可	車椅子 ・ 杖 ・ 独歩 ・ その他()	
②衣服の着脱	要 ・ 不要	留意点:	
③装具	有 ・ 無	留意点:	
④食事	食事の介助	要 ・ 不要	留意点:
	形態食	要 ・ 不要	刻み食 ・ ムース食 ・ その他()
	病理食	要 ・ 不要	腎臓食 ・ 糖尿食 ・ その他()
	アレルギー	有 ・ 無	アレルギー食材()
	その他		
⑤コミュニケーション・スキル	意思表示の手段		
	意思表示の程度		
	意思伝達の理解		
⑥移動	移乗	要介助() ・ 不要	
	立ち上がり	要介助() ・ 不要	
	座位保持	要介助() ・ 不要	
⑦トイレ	排尿・排便	要介助() ・ 不要	
	その他		
⑧起床・就寝	ベッドへのトランス	要介助() ・ 不要	
	整容	要介助() ・ 不要	
	その他		
⑨夜間の状況	睡眠		
	排泄	要介助() ・ 不要	
	体位変換	要介助() ・ 不要	
	その他		
⑩入浴動作の介助	要 ・ 不要	留意点:	
⑪服薬管理	要 ・ 不要	留意点:	
⑫薬剤アレルギー	有 ・ 無	有の場合の薬剤名:	
⑬日常生活の中で落ち着ける環境等			
⑭行動上の問題点と対応			
⑮緊急時の医療的対応			
⑯留意点等			

上記の内容について、

奈良市及び支援機関に提供することに同意します。

本人氏名: