

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： 相談支援事業所大仏 若草 飛鳥】

《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） 連絡先：
フリガナ	ダイワ ハナコ		② 氏名：（続柄） 連絡先：
氏名	大和 花子	マスクの着用 <input checked="" type="radio"/> 可・不可 留意事項（不織布マスクは肌が荒れるため、布マスクを使用）	
生年月日	S53 年 5 月 2 日生（42）歳	生活歴：（学校名、通所先の事業所など） ・生活介護事業所法隆寺に毎日、通所している。 通所先では、音楽を聴いたり、折り紙を折ったり創作活動を行っている。 ・休日は音楽番組の録画を観たり、両親と散歩や買い物に行ったりして過ごしている。	
性別	男性・ <input checked="" type="radio"/> 女性		
住所	〒□□□□-□□□□ 奈良県...		
電話	○□□□-△△-××××		
障害名	知的障害（ダウン症候群）		
障害者手帳	身体	有（種 級）・無・申請中	
	精神	有（ 級）・無・申請中	
	療育	<input checked="" type="radio"/> A1 A2 B1 B2	
受給者証	<input checked="" type="radio"/> 有・無		
サービス提供事業所名：生活介護事業所法隆寺		相談支援事業所名：相談支援事業所大仏	
電話：○□□□-△△-××××		電話：○□□□-△△-××××	

《医療機関情報》

既往歴			
基礎疾患	<input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名	
医療ケア	要・ <input checked="" type="radio"/> 不要	内容	
かかりつけ医など	名称	奈良医院	
	主治医	○○ ○○	
	電話	○□□-△△-××××	
	訪問診療	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
	訪問看護	名称	○○訪問看護

《日常生活領域情報》

①歩行(屋内移動)	<input checked="" type="radio"/> 可・ <input type="radio"/> 困難・ <input type="radio"/> 不可	車椅子・杖・ <input checked="" type="radio"/> 独歩・その他()	
②衣服の着脱	<input checked="" type="radio"/> 要・ <input type="radio"/> 不要	留意点:裏表、前後を整えて渡すと自分で腕や足を通すことができる。	
③装具	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	留意点:	
④食事	食事の介助	<input checked="" type="radio"/> 要・ <input type="radio"/> 不要	留意点:果物の皮をむいたり、部分的な支援が必要。
	形態食	<input checked="" type="radio"/> 要・ <input type="radio"/> 不要	<input checked="" type="radio"/> 刻み食・ムース食・その他()
	病理食	要・ <input checked="" type="radio"/> 不要	腎臓食・糖尿食・その他()
	アレルギー	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	アレルギー食材()
	その他	お箸は使えないためスプーンとフォークを使用している。	
⑤コミュニケーション・スキル	意思表示の手段	トイレの場合や目的の場所などは支援者の手を引いて、連れて行こうとする。	
	意思表示の程度	嫌な時は動こうとしないなど、行動で示すことが多い。	
	意思伝達の理解	二語文程度であれば言葉の理解は可能だが、聞きなれない言葉に関しては写真など視覚的な方法が必要。	
⑥移動	移乗	要介助()・ <input checked="" type="radio"/> 不要	
	立ち上がり	要介助()・ <input checked="" type="radio"/> 不要	
	座位保持	要介助()・ <input checked="" type="radio"/> 不要	
⑦トイレ	排尿・排便	<input checked="" type="radio"/> 要介助(排便時のふき取りに支援が必要)・ <input type="radio"/> 不要	
	その他	生理の際は支援が必要。	
⑧起床・就寝	ベッドへのトランス	要介助()・ <input checked="" type="radio"/> 不要	
	整容	<input checked="" type="radio"/> 要介助(促しがあれば動作は可能だが、不十分なため支援が必要)・ <input type="radio"/> 不要	
	その他		
⑨夜間の状況	睡眠	22時頃から6時半頃まで熟睡している。	
	排泄	要介助()・ <input checked="" type="radio"/> 不要	
	体位変換	要介助()・ <input checked="" type="radio"/> 不要	
	その他		
⑩入浴動作の介助	<input checked="" type="radio"/> 要・ <input type="radio"/> 不要	留意点:一連の動作は可能だが、洗身行為で不十分なため支援が必要。	
⑪服薬管理	<input checked="" type="radio"/> 要・ <input type="radio"/> 不要	留意点:服薬時に手のひらに必要な量のせる支援が必要。	
⑫薬剤アレルギー	有・ <input checked="" type="radio"/> 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 にぎやかな環境は苦手であるが、好きな音楽(ジャニーズ系)が流れていれば楽しそうに過ごすことができる。			
⑭行動上の問題点と対応 嫌なときはその場から動こうとしないため、どこに行くのかなど先の見通しを視覚的に伝える必要がある。			
⑮緊急時の医療的対応 かかりつけ医に相談してほしい。			
⑯留意点等			

上記の内容について、

市町村及び支援機関に提供することに同意します。

本人氏名:

印