

# 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（児）（奈良市）

奈良市障がい福祉課作成 2020. 10月

<本人情報> 書ききれない場合は参考になる資料等を添付してください。

		記入者						
記入日	年	月	日	緊急 連絡先	氏名： (続柄)			
フリガナ					①	連絡先：		
氏名	(男・女)			②	氏名： (続柄)			
					連絡先：			
生年月日	年	月	日 ( ) 歳	マスクの着用	可・不可 留意事項( )			
住所	〒			電話	※連絡のつきやすい電話番号を記入してください。			
障害者 手帳	身体	有 ( 種 級 ) ・ 無 ・ 申請中		障害福祉サービス等 受給者証	有 ・ 無			
	精神	有 ( 級 ) ・ 無 ・ 申請中		(利用するサービスの種類と内容)				
	療育	A1	A2			B1	B2	
自立支援医療	有 ( )		(サービス提供事業所名・連絡先)					
小児慢性特定疾患	有 ( )							
難病	有 ( )					(相談支援事業所名・連絡先)		
その他								
1日の過ごし方：(学校名、通所先の事業所など)								

<医療に関する情報>

既往歴		現在治療中 や経過観察 中の病気	
かかりつけ 病院	病院名	診療科	通院開始時期
	診断名 (治療内容)	主治医	通院頻度
その他 医療機関 ①	病院名	診療科	通院開始時期
	診断名 (治療内容)	主治医	通院頻度
その他 医療機関 ②	病院名	診療科	通院開始時期
	診断名 (治療内容)	主治医	通院頻度
訪問診療	病院名	診療科	通院開始時期
	診断名 (治療内容)	主治医	通院頻度
訪問看護	事業所名	訪問頻度	
	処置等の内容		

医療ケア	てんかん発作	なし ・ あり ( ・ 週1回以上 ・ 月1回以上 ・ 年1回以上 )
	アレルギー	なし ・ あり (内容 )
	特別な医療など	<ul style="list-style-type: none"> <li>・点滴の管理</li> <li>・酸素療法</li> <li>・経管栄養(胃ろう)</li> <li>・モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度 等)</li> <li>・カテーテル( )</li> <li>・ネブライザー(吸入器)</li> <li>・その他</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中心静脈栄養</li> <li>・レスピレーター</li> <li>・喀痰吸引処置(回数 回/日)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ストーマの処置</li> <li>・気管切開の処置</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析</li> <li>・疼痛の管理</li> <li>・導尿</li> <li>・褥瘡の処置</li> </ul>
	要配慮事項 (対応方法など)	
薬	いつも飲んでいる薬について 記入してください	飲み方

<日常生活の過ごし方など>		普段のようすを記入してください。	配慮してほしいこと、おちつく方法など
(例)			
子どもからの 意思伝達	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伝える手段(ことば、手をひっぱる、指さし、カードなど)</li> <li>・やりたいこと、やってほしいことがあるときの伝え方</li> <li>・うれしい時や嫌な時のようす</li> <li>・からだの不調を訴える方法 など</li> </ul>		
大人からの 指示を伝える 方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・伝える手段(ことば、文字、ジェスチャー、カードなど)</li> <li>・してほしいこと、してはいけないことの伝え方</li> <li>・注意を向ける方法 など</li> </ul>		
集団生活、 社会生活	家族以外の人との慣れ方や 集団生活のようす など		
起居動作	座位保持、移乗、体位変換 など		
食事	飲み物の飲み方、食事の食べ方、 スプーンやお箸などの使用 など		
着脱	衣服のこだわりや好み、着 脱の方法 など		
排泄	尿意を教えてくれる、時間 誘導の有無、おむつ使用、 ふきとりを介助する など		
生理	自分で始末ができるか など		
洗面・洗 髪・お風呂	洗髪や、歯磨きのようす など		
睡眠	睡眠リズムや入眠後のようす など		
移動	初めての場所や慣れた場所での 様子、危険認識の有無 など		
補装具等の 使用状況	下肢装具、車いす、座位保持装 置、歩行器 など		
麻痺	麻痺の有無や部位 など		

支援者に伝えたいことなどご自由にお書きください。

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。 保護者名：