

アセスメントシート

ふりがな		面談日	年	月	日
氏名		サポートブック:	有	無	

生育歴 <small>(出生からの経過)</small>					
診断名 <small>障がい名</small>					
既往歴 <small>(過去の病気や治療の記録)</small>	歳ごろ				
	歳ごろ				
	歳ごろ				
	歳ごろ				
	歳ごろ				
アレルギー	有・無	アレルギーの種類:			
		症状・対応等:			
バイタル	平熱	℃			
	平均的なSpO2	%			
服薬	※お薬手帳を参照				
	臨時薬 / てんかん発作時の座薬(有・無)				
てんかん発作	有・無	頻度	※発作時の様子・特徴		
		起こしやすい条件・状況	※発作時の対応		
		持続時間			

気管切開	有・無	年 月 施行		※カニューレが抜けた時の対応	
		喉頭分離 (有・無)			
人工呼吸器	有・無	使用時間		備考	
		・24時間 ・夜間のみ ・状態によって			
		異常時の連絡先・担当者等:			
モニター管理	有・無	使用時間		備考	
		・常時 ・夜間のみ ・状況次第			
酸素	有・無	使用時間		*必要量(ℓ)	
		・24時間 ・夜間のみ ・状態によって		*流量の基準 SpO2()%以下で(ℓ)	
吸引	有・無	口腔(有・無)	Fr	cm	備考
		鼻腔(有・無)	Fr	cm	
		気切(有・無)	Fr	cm	
吸入	有・無	1日の回数: 薬品等		備考	
水食分事	食事	摂取方法	自立・部分介助・全介助		備考
		形状	食具: 普通食・一口大・きざみ		
経口	水分	摂取方法	コップ・ストロー・その他		備考
		形状	とろみ(有・無)		
注 入	胃ろう 経鼻	備考(姿勢や注意点など)			
	食事	朝	昼	夕・夜	
水分		備考(時間や注入量、注意点など)			

排泄	自立・トイレ誘導・オムツ・パッド 排便（浣腸・下剤・座薬）		
更衣	自立・部分介助・全介助		
口腔ケア	自立・部分介助・全介助 (歯ブラシ・はみがき粉・シート)		*昼食後(有・無)
睡眠	午睡：有・無 夜間：		
姿勢	寝る姿勢		
	座る姿勢		
	利き手:右・左		
移乗・移動	立位:自立・部分介助・不可 歩行:自立・見守り・介助 移動:自立・見守り・介助 移乗:		車（カーシート・バギー・車椅子） 通学バス(カーシート・バギー・車椅子)
補装具	有・無	座位保持椅子・カーシート バギー・車椅子 コルセット・短下肢装具 ヘッドギア・補聴器 その他()	

予防接種	ロタウイルス 小児肺炎球菌 BCG 5種混合 4種混合 2種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ) 麻しん(はしか) 風しん 水痘(水ぼうそう) B型肝炎 日本脳炎
------	--

興味・関心	好きなこと	嫌いなこと
意思の伝達・表現	意思表示の仕方 言葉の理解	
視覚		
聴覚		

※土曜日の入浴は月間予定に沿って実施します。

入浴	希望	有・無	曜日	(月 火 水 木 金 土)
	月9回以上の希望	有・無	着替え	有 ・ 無
リハビリ	事業所	通所・訪問		
		通所・訪問		
		通所・訪問		
内容				
気を付けること				
事業所での処置	ワセリン	(可 ・ 不可)		
	絆創膏	(可 ・ 不可)		
	フィルム	(可 ・ 不可)		
ご希望				