

医療型短期入所アセスメントシート		利用している短期入所事業所 (事業所名)								
		記入日			記入者					
利用者氏名		生年月日			年齢		0		性別	
保護者氏名		電話番号			居住市町村					
1.状況	身長	cm	体重	kg	障害程度	身障手帳	級	療育手帳		
主治医、受診医療機関										
病名					障害名					
病歴、成育歴など										
服薬中薬品名										
2.呼吸状態	<input type="checkbox"/> 呼吸器使用	機種			<input type="checkbox"/> 単純気管切開	<input type="checkbox"/> 喉頭気管分離	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ装着			
	<input type="checkbox"/> 自発呼吸なし	<input type="checkbox"/> 吸引	頻度		<input type="checkbox"/> 酸素使用	<input type="checkbox"/> モニター管理				
	<input type="checkbox"/> ネプライザー使用		<input type="checkbox"/> エアウェイ使用	<input type="checkbox"/> IPVなどの排痰補助装置						
3.てんかん	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 頓服使用	発作頻度							
発作状態										
4.体質	<input type="checkbox"/> 体温調節困難	<input type="checkbox"/> 風邪ひきやすい	<input type="checkbox"/> 皮膚トラブル	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 筋緊張が強い				
5.姿勢	<input type="checkbox"/> 首の座りなし	<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 寄りかかって座位	<input type="checkbox"/> 座位可	<input type="checkbox"/> 四つ這い可	<input type="checkbox"/> 膝立ち可				
	<input type="checkbox"/> つかまり立ち可	<input type="checkbox"/> ひとり立ち可		<input type="checkbox"/> 体幹の変形						
6.自力移動	<input type="checkbox"/> 移動不可	<input type="checkbox"/> 背這い	<input type="checkbox"/> 寝返り	<input type="checkbox"/> いざり運動	<input type="checkbox"/> 四つ這い可	<input type="checkbox"/> 膝立ち移動可				
	<input type="checkbox"/> つたい歩き	<input type="checkbox"/> 両手支え歩き	<input type="checkbox"/> 片手支え歩き	<input type="checkbox"/> ひとりで歩ける	<input type="checkbox"/> 走れる	<input type="checkbox"/> 車いす手こぎ可				
7.使用車いす	<input type="checkbox"/> ベビーカー	<input type="checkbox"/> バギー	<input type="checkbox"/> 座位保持装置	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 電動車いす					
8.食事	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 介助不要	・水分	<input type="checkbox"/> カップ	<input type="checkbox"/> ストロー	<input type="checkbox"/> トロミ剤	<input type="checkbox"/> その他		
・形態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 軟菜・きざみ	<input type="checkbox"/> 押しつぶし	<input type="checkbox"/> パースト	<input type="checkbox"/> 味見程度					
9.経腸栄養 静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 腸瘻	<input type="checkbox"/> EDチューブ						
	<input type="checkbox"/> 経腸栄養剤のみ		<input type="checkbox"/> パースト注入	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養						
注入内容等										
10.排泄	<input type="checkbox"/> トイレ全介助	<input type="checkbox"/> トイレ部分介助	<input type="checkbox"/> トイレ介助不要	<input type="checkbox"/> オムツ使用	<input type="checkbox"/> オムツ部分使用	<input type="checkbox"/> 下剤使用				
	<input type="checkbox"/> 坐薬使用	<input type="checkbox"/> 浣腸使用	<input type="checkbox"/> 洗腸	<input type="checkbox"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル留置	<input type="checkbox"/> その他配慮必要			
11.入浴	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> その他配慮必要						
12.更衣	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> その他配慮必要						
13.洗面	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 介助不要	<input type="checkbox"/> その他配慮必要						
14.睡眠	<input type="checkbox"/> 夜泣きする	<input type="checkbox"/> リズム不安定	<input type="checkbox"/> 睡眠薬使用	<input type="checkbox"/> 1人で寝れる						
15.コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 反応なし	<input type="checkbox"/> 身体接触到反応	<input type="checkbox"/> 話しかけに反応	<input type="checkbox"/> 単語がわかる	<input type="checkbox"/> 日常会話がわかる					
	<input type="checkbox"/> 表情やうなづき	<input type="checkbox"/> 身振り手振り	<input type="checkbox"/> 発声あり	<input type="checkbox"/> 単語で話す	<input type="checkbox"/> 日常会話可能	<input type="checkbox"/> その他配慮必要				
16.安全対策について	対策が必要な場面		<input type="checkbox"/> 常時	<input type="checkbox"/> ベッドにいる時	<input type="checkbox"/> 車いす乗車時	<input type="checkbox"/> 食事・経管栄養中	<input type="checkbox"/> その他			
	その対策方法		<input type="checkbox"/> ベッド柵	<input type="checkbox"/> ベルト装着	<input type="checkbox"/> ミトン着用	<input type="checkbox"/> タオルなどで保護	<input type="checkbox"/> その他			
17.背景 (ご家族の状況等)	<input type="checkbox"/> 担当相談支援事業所あり ()									
18.備考	ケア内容の詳細や短期入所の目的、配慮が必要な点などご記入ください。									