　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　別紙

　　　　　　　　　目　次

基本情報・・・・・・・　2

医療情報・・・・・・・　4

生育歴・・・・・・・・１4

所属歴・・・・・・・・１6

相談歴等・・・・・・・19

日常生活状況・・・・・20

サポートマップ・・・・２3

**記入モデルケース**

**・療育手帳・・・・・・・・・・・・・・・・・・**

・**（ダウン症による体幹機能障害・・・・・・・・２級**

**・気管枝喘息による呼吸機能障害・・・・・・・・4級**

**・白内症による視力障害（右光覚　左手動弁）・・1級**

**・てんかん・小麦アレルギー・気管支喘息**

**基本情報（１）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　記入年月日（　Ｈ29　年　10月　　日）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな　　　えむ　えむ** | | | | **性別**女　　・　　男 | |
| **氏　名　　　Ｍ・Ｍ** | | | | **愛称**　　　　　― | |
| **生年月日**  　　　S40○　年　　×　月　×　日 | | | | **血液型**（　年　月　日検査）  Ａ・b・Ｏ・ＡＢ（Ｒｈ＋･－） | |
| **住所** | 〒739-000  東広島市…・・・・・・・・・  電話番号（090）000-0000 | | | | |
| **連絡**  **順位** | **家族氏名** | **続柄** | **生年**  **月日** | | **電話番号** |
| １ | ○○○夫 | 父 | ｓ20.12. | | 082-０00-0000 |
| 2 | ○○○美 | 母 | ｓ20.12. | | 090-000-0000 |
| ３ | ○○○次 | 祖父 | ｓ2.1.1 | | 090-000-0000 |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |

**その他の緊急連絡先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **氏　名** | **続　柄** | **連絡先** |
| １ | ○○　○子 | 叔母 | 090-000-0000 |
| ２ |  |  |  |

**支援対象者にとって一番大切な事と思われる情報**

**（命に関わる事、一番気をつけること）**

|  |
| --- |
| 小麦アレルギー　食べるとショック症状あり　（詳細はP6ページ）  緊急時、とりあえず安心して食べられる物  白米、おにぎり，牛乳　果物、野菜の煮物　（肉じゃが　、筑前煮、）  菓子はラムネ菓子、米原料のあられは可。（※商品名もあると良い） |

**持っている手帳など**

|  |  |
| --- | --- |
| **身体障害者手帳** | なし　・**あり　（　　１種　　1　級　）**  **障害名**・**（ダウン症による体幹機能障害２級**  **・気管枝喘息による呼吸機能障害4級**  **・白内症による視力障害1級**  **右光覚　左手動弁）**  　番号　　　1234568  Ｓ63年　　0月　　0日交付 |
| **療育手帳** | なし　・　あり　（　・Ａ・・Ｂ　）  **診断名・（　精神発達遅滞　　　）**  S40年　　0月　0　日交付 |
| **精神障害者保健福祉手帳** | なし・　あり　（　　　　　　級）  年　　月　　日交付  **診断名・（　　　　　　　　　　　　　）** |

|  |  |
| --- | --- |
| **健康保険証記号番号** | |
| （国保・健保（政・組）・その他（　　　　　　　　　　　　　　）  記号　　　　　広58　　　番号0000004444 | |
| **乳幼児医療費受給者証** | |
| 公費負担者番号 |  |
| 受給者番号 |  |
| **重度障害者医療受給者証** | |
| 公費負担者番号 | 0000001234 |
| 受給者番号 | ２000001234 |
| **自立支援医療費受給者証** | |
| 公費負担者番号 |  |
| 受給者番号 |  |
| **難病医療費受給者証** | |
| 受給者証 | 指定難病　　・　　小児慢性特定疾病 |
| 受給者番号 |  |
| 病名 |  |

**医療情報（１）**

　　　　　　　　　　　記入年月日（　29　年　10　月　　　日）

**今までにかかった病気〔感染症等〕**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **病名** | **予防接種** | **かかった時期** |
| 麻しん（はしか） | 済　・　未 | 年　　月　　日　　歳頃 |
| 風しん（三日はしか） | 済・　未 | 年　　月　　日　　歳頃 |
| 水痘（水ぼうそう） | 済　・　未 | 年　　月　日　2　歳頃 |
| おたふくかぜ | 済　・　未 | 年　　月　　日　　歳頃 |
| 結核 | BCG済　・　未 | 年　　月　　日　　歳頃 |
|  |  | 年　　月　　日　　歳頃 |
|  |  | 年　　月　　日　　歳頃 |
|  |  | 年　　月　　日　　歳頃 |
|  |  | 年　　月　　日　　歳頃 |

**アレルギー・体質等**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **アレルギー** | **食物アレルギー** | なし　　・　　あり  （原因：　　　小麦） |
| **薬　アレルギー** | なし　　・　　あり  （原因：　　　　　　　　　　　　　　　） |

**インフルエンザ　　予防接種**

※インフルエンザの予防接種をした日付を記入してください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| H17  11.11 | H26.  11.11 | H27  12.1 | H28  11.24 | H29  11.30 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**医療的な管理が必要なもの**　**→**　**医療シート（3）へ**

|  |
| --- |
| **呼吸器・胃ろう・尿道カテーテル・吸引・酸素ボンベ使　用**  **その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

**どのような体質ですか（○をしてください）**

|  |  |
| --- | --- |
| ○ | かぜをひきやすい |
|  | 下痢をしやすい |
|  | 便秘しやすい |
|  | よく吐く |
|  | かぶれやすい（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 関節がぬけやすい（部位：肘　肩　その他　　　）左・右 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |

　　医療情報（２）

**かかりつけの医療機関**記入年月日（H29年10月　日）

**（ひきつけ、心臓病、ぜんそく、アレルギー、てんかん、骨折など）**

|  |  |
| --- | --- |
| **医療機関名・特に緊急対度のたかいものから記入ください。** | **病名　てんかん**  診療科　　○○病院　　　脳神経外科  　主治医　　○○　○○医師  【TEL】　（082）　000　　－　　0000  症状  起床時　入眠時に硬直し痙攣１分程度あることが多い。見守り。  対応  重積発作の時は医療機関へ連絡通院。  10分続けばダイアップ挿入。 |
| **病名　食物アレルギー（小麦）**  診療科　　○○病院　　　内科　主治医　○○　○○医師  【TEL】　（082）　000　　－　0000  症状  呼吸が苦しくなる。唇が赤くはれる。  対応  誤って食べたら直ちに保護者に連絡後、指示をあおぐ。  症状が出ている時は医療機関を伝えて救急搬送。 |
| **病名　ぜんそく**  診療科　　○○病院　　呼吸器科　主治医　○○　○○医師  【TEL】　（082）　　　000　　－　0000  症状  横になれない。呼吸が苦しくなる  対応  SPO２　90以下　酸素　毎分○L使用。発熱時は通院。 |
| **病名　白内障・緑内障**  診療科　○○眼科　　　　　　　主治医　○○　○○医師  【TEL】　（　　　　）　　　　　－  症状  ほとんど見えていない。  対応  車椅子。立ち上がりは可能。歩行は不可。 |
| 前頁より続き |
| **医療機関名・特に緊急対度のたかいものから記入ください。** | **病名**  診療科　　　　　　　　主治医  【TEL】　（　　　）　　－  症状  対応 |
| **病名**  診療科　　　　　　　　主治医  【TEL】　（　　　）　　－  症状  対応 |
| **病名**  診療科　　　　　　　　主治医  【TEL】　（　　　）　　－  症状  対応 |
| **病名**  診療科　　　　　　　　主治医  【TEL】　（　　　）　　－  症状  対応 |

**※症状･対応欄に各医療機関の役割等も含めて記載してください。**

**受診の際に気をつけてほしいこと**

|  |  |
| --- | --- |
| **病院内での主な様子** | |
| 待合室 | 目が見えないので安心できるように声をかけるようにしてください。通院時トイレは1時間に1回誘導し移乗、後始末等介助が必要。  ※待合室で安心して過ごせる情報・注意点など記入。 |
| 診察室 | 不安が軽減するよう声をかけ、手を握る。 |
| 注射 | 看護師や介助者が付き添い、動いて怪我のないようにすることが必要。点滴も抜いてしまうので付き添いが必要。 |
| **＊本人への治療方法の伝え方** | |
| **・**注射、聴診は言葉で伝えてください。（おなかの音を聞くよ）  ・手術等については、家族に相談する。 | |
| **＊その他注意してほしいこと** | |
| ・外出時、酸素とダイアップは携行しておくこと。 | |
|
|

**＊緊急で短期入所を利用した際、医療機関受診が必要になった場合等の注意事項と捉えて記入してください。**

**禁忌薬（飲んではいけない薬）**

|  |  |
| --- | --- |
| **薬名** | なし |
| **どんな薬** |  |

**常用薬**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **薬名**  **デパケン** | **何の薬（処方目的、副作用等）**  **てんかん薬** | |
| 服薬時間　朝　昼　夕後 | 形状　液 |
| 飲み方  　毎食後　シリンジかスポイドで５ML　頬の奥のほうにゆっくり流す。 | |
| **薬名**  **メプチンエアー** | **何の薬（処方目的、副作用等）**  **喘息のくすり** | |
| 服薬時間  朝　夕 | 形状　吸入器 |
| 飲み方　　　　呼吸に合わせ吸入する | |
| **薬名**  **目薬**  **キサラタン　左**  **カリーユニ　右** | **何の薬（処方目的、副作用等）**  **左緑内障**  **右白内障** | |
| 服薬時間　毎食後 | 形状　液体 |
| 目を開けることが難しいので寝てもらい目尻又は目頭から点眼する。 | |
| **薬名** | **何の薬（処方目的、副作用等）** | |
| 服薬時間 | 形状 |
| 飲み方 | |

**医療情報（3）**

記入年月日（　　H29年　10月　　　日）

**特別な医療や措置**（定期的に、あるいは頻回に受けているもの）

**処置や対応の内容（○をしてください）**

|  |  |
| --- | --- |
| ○ | 酸素療法 |
|  | 人工呼吸器 |
|  | 気管切開の処置 |
|  | 中心静脈栄養 |
|  | 吸引処置（　　　回/日　一時的・継続的） |
|  | 点滴の管理 |
|  | 透析 |
|  | 経管栄養（胃ろう） |
|  | 導尿 |
|  | 人工肛門の位置 |
|  | 膀胱留置カテーテル（コンドーム型・その他　　　　　　　　） |
|  | 疼痛の看護 |
|  | 褥創（床ずれ） |
| ○ | 体位交換 |
|  | モニター測定（酸素飽和度　血圧　心拍） |
|  | **安全な処置のための注意事項** |
|

**体温**

|  |  |
| --- | --- |
| 平熱　　　　36.0　　　℃ | 発熱時の対応・留意点  　通院。水分補給は充分に |
| 体温調節　（得意・不得意） |

**酸素　（　あり　・　なし　）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使用時間  　24時間  　夜間のみ  　状態によって | 必要量  SpＯ2　90％以下で　○　Ｌ必要 | 留意点  　３７．５以上あるときは通院。 |

**人工呼吸器　（　あり　・　なし　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 使用時間  　　24時間  　　夜間のみ  　　状態によって | 留意点 |
| トラブル時連絡先  メーカー  メーカー名　　　　　　　　　ＴＥＬ |

**気管切開　（　あり　・　なし　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　月施行 | カニューレ交換について・留意点  突発的な抜去時の対応 |
| 喉頭分離　　あり　・　なし  　　　　　　　年　　月施行 |
| 気管内狭窄　　あり　・　なし |
| 気管内出血　　あり　・　なし |

**吸引**

|  |  |
| --- | --- |
| 口腔  あり　・　なし  　　　Fr　　　㎝ | 留意点 |
| 鼻腔  あり　・　なし  　　　Fr　　　㎝ | 留意点 |
| 気切  あり　・　なし  　　　Fr　　　㎝ | 留意点 |

**吸入　（　あり　・　なし　）**

|  |  |
| --- | --- |
| 1日　1　回 | 留意点  医師からの指示があったとき使用。マスクがズレないよう身守りが必要。 |
| 薬品  **ネブライザー** |

**モニター管理　（　あり　・　なし　）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 使用時間  　24時間  　夜間のみ  　状態によって | 規定値  　SpＯ2  　パルス | 留意点 |

|  |
| --- |
| **○安全な処置や対応のための留意事項**  （上記の処置や対応を安全に行うための留意点のほか、行動上の注意点、精神・神経症状、身体の状態、過去の事故歴など、事故等の防止に役立つ情報や緊急性の高い情報を記載してください。） |

|  |
| --- |
| **その他** |
|  |

**生育歴**

記入年月日（　　H29　年　　10月　　　日）

**産まれる前から３歳までの状況**

|  |  |
| --- | --- |
| **出産前** | |
| ・妊娠中、特に気になることはありましたか？（具体的に）  ※母子手帳から転記してください | |
| **出産時** | |
| ●**出産予定日**（　　　年　　月　　　日）  出産日　（　　　　年　　　月　　　日）　（　　40　　週）  ●**赤ちゃんの体重**（　　　　ｇ）　・身長（　　　　cm）　・  胸囲（　　cm）　・頭囲（　　　cm）  ●**分娩の経過は？**  頭位・骨盤位・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●その他　◆仮死状態：なし・あり　◆アプガール得点：（　　点）　　分後（　　点）  　　　　◆ＡＢＲ（新生児聴覚検査）：パス・要再検　◆そのほか（　　　　　　　） | |
| **乳幼児健診の状況（特記すること）** | |
| **３～４ヶ月**  **健診** | 受けていない　　　・　　受けた  （　ダウン症の診断　　　　　　　　　　　） |
| **乳児健診** | 受けていない　　　・　　受けた  （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **１歳半**  **健診** | 受けていない　　　・　　受けた  （　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **３歳児健診** | 受けていない　　　・　　受けた  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **発達状況** | |
| ●**乳の飲み方は？**　普通・弱かった・その他（具体的に　　　　　　　　　　）  ●**運動発達**：  首のすわり（　ヶ月）、寝返り（　　ヶ月）、お座り（　ヶ月）  はいはい（　ヶ月）、ひとり歩き（　歳　　ヶ月）  ●**聞こえについて気になることがありましたか？**  はい（　　　ヶ月の頃）　・いいえ  ●**あやすと笑いましたか？**  はい（　　ヶ月頃からしていた）　・いいえ  ●**視線の合わせ方はどうでしたか？**  　よく合った　・　合うこともある　・　合いにくかった  ●**人見知りをしましたか？**  　　はい（　　ヶ月頃からしていた）　・いいえ  ●**親の後追いをしましたか？**  はい（　　　ヶ月頃からしていた）　・いいえ  ●**指さしをしましたか？**  　　はい（　　ヶ月頃からしていた）　・いいえ  ●**初めて言葉（ワンワン、ブーブー　など）を言ったのは？**  　　　　歳　　　ヶ月頃（言った言葉　　　　　　　　　）  ●**２つ以上言葉を続けて言った（「ワンワン行った」）のは？**  　　　歳　　　ヶ月頃（言った言葉　　　　　　　　　）  ●**育児で気になったことはありますか？**（あれば○をつけてください）  　　落ち着きがない・おとなしい・寝てばかりいた・あまり寝ない・  よく動きまわる・かんしゃく・気持ちの切りかえができない・病気がちだった  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●**好きなものは何ですか？**  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ●**よくする遊びは何ですか？**  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| **３歳までにかかった大きな病気やケガ** | |
| ●**ひきつけ・ぜんそく・川崎病・心臓病　など**  **その他**（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |

**所属歴（１）**

　　　記入年月日（　　　H29年　　10月　　　　日）

**通園施設、幼稚園、保育所、児童デイサービス事業所**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **施設名（所属名）** | **担任等** | |
| 児童発達支事業所  ○○○事業所  【℡】（　　　　）　　　－  所属期間（　3歳～　4歳）  　　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 赤組 | **○○保育士** |
| 組 |  |
| ○○保育園  【℡】（　　　　）　　　－  所属期間（　　4歳～　6歳）  　　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 黄組 | **○○保育士** |
| 青組 | **○○保育士** |
| 【℡】（　　　　）　　　－  所属期間（　　　　　歳～　　　　歳）  　　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 組 |  |
| 組 |  |
| 【℡】（　　　）　　－  所属期間（　　　　　歳～　　　　歳）  　　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 組 |  |
| 組 |  |
| 【℡】（　　　）　　－  所属期間（　　　　　歳～　　　　歳）  　　　　　年　　月～　　　　年　　月 | 組 |  |
| 組 |  |

**小学校、特別支援学校**　　　　　特別支援学級在籍　　　　有　・　無

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **学校名等（所属名）** | **担任等** | |
| ○○特別支援学校　　小学部  【℡】（　　　　）　　　－  所属機関  　　年　　月～　　　　年　　月 | １年生 | 担任○○先生  補助○○先生 |
| ２年生 | 担任○○先生  補助○○先生 |
| 【℡】（　　　　）　　　－  所属機関  　　年　　月～　　　　年　　月 | ３年生 | 担任○○先生  補助○○先生 |
| ４年生 | 担任○○先生  補助○○先生 |
| 【℡】（　　　　）　　　－  所属機関  　　年　　月～　　　　年　　月 | ５年生 | 担任○○先生  補助○○先生 |
| ６年生 | 担任○○先生  補助○○先生 |

**中学校、特別支援学校**　　　　　特別支援学級在籍　　　有　・　無

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **学校名等（所属名）** | **担任等** | |
| ○○特別支援学校　中学部  【℡】（　　　　）　　　－  所属機関  　　年　　月～　　　　年　　月 | １年生 | 担任○○先生  補助○○先生 |
| ２年生 | 担任○○先生  補助○○先生 |
| 同上  【℡】（　　　　）　　　－  所属機関　　年　　月～　　年　　月 |
| ３年生 | 担任○○先生  補助○○先生 |

**高等学校、特別支援学校等**　　　特別支援学級在籍　　　有　・　無

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **学校名等（所属名）** | **担任等** | |
| ○○特別支援学校　　高等部  【℡】（　　　　）　　　－  所属機関  　　年　　月～　　　　年　　月 | １年生 | 担任○○先生  副担任○○先生 |
| ２年生 | 担任○○先生  副担任○○先生 |
| 【℡】（　　　　）　　　－  所属機関  　　年　　月～　　　　年　　月 |
| ３年生 | 担任○○先生  副担任○○先生 |

**所属歴（２）**

**成人期**　　　　　　　　　　　（記入年月日　　　年　　　　月　　　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** | **住所** |
| ○○事業所  利用サービス名  　　　　　生活介護  利用期間  年　　月～　　年　　月 | ○市○町  【℡】（　　　　）　　　－  担当者　サービス管理責任者　○○ |
| ○○相談支援事業所  利用サービス名  　　　　計画相談  利用期間  年　　月～　　年　　月 | ○市○町  【℡】（　　　　）　　　－  担当者  相談員　○○　○○ |
| ヘルパーステーション○  利用サービス名  　　　　移動支援  利用期間  年　　月～　　年　　月 | ○市○町  【℡】（　　　　）　　　－  担当者  サービス提供責任者　○○ |
| 訪問看護○○  利用サービス名  訪問看護  利用期間  年　　月～　　年　　月 | ○市○町  【℡】（　　　　）　　　－  担当者　訪問看護師　○○ |
| 利用サービス名  利用期間  年　　月～　　年　　月 | 【℡】（　　　　）　　　－  担当者 |

**相談歴等**

**相談・検査・訓練等記録**　　　　　　（記入年月日　　　　年　　月　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| **相談等年月日** | **機関名等**  （保健センター・病院・療育センター・児童相談所等） |
| S420年　4　月　日 | 機関名：障害福祉課  担当者：○○  【℡】（　　　　）　　　－ |
| 内容等  　　　　　　　　　　　　　療育手帳交付。 | |
| S45年　4月　日 | 機関名：　障害福祉課  担当者：　○○  【℡】（　　　　）　　　－ |
| 内容等  　　　　　　　　　　　　身体障害者手帳交付 | |
| 年　　月　　日 | 機関名：  担当者：  【℡】（　　　　）　　　－ |
| 内容等 | |
| 年　　月　　日 | 機関名：  担当者：  【℡】（　　　　）　　　－ |
| 内容等 | |
| 年　　月　　日 | 機関名：  担当者：  【℡】（　　　　）　　　－ |
| 内容等 | |

**日常生活状況**

（記入年月日　H29年　　月　　日）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 本人の様子 | | | 必要な支援・留意点 | | |
| 姿勢 | 在宅（リラックス時）  血色がよく、手足先を含め温かい。  独り言を言っている。 | | | 手先、足先が紫になるようでればベッドで横になって休む。 | | |
| 就寝時  側臥位 | | | 2時間おきに体位交換  仰向けは不可 | | |
| 活動時  車椅子。 | | | 床に降りた時は座位が不安定な為、付き添いが必要。 | | |
| 睡眠 | ねつき  目覚め  起こすまで寝ていることが多い。  寝る時間  21時から7時 | | | 発作後そのまま寝付くことが多い。寝付くまで確認。 | | |
| 移乗 | 不安や恐怖が強いので両手は何処か持てるようにすると不安が軽減する。 | | | 手すりなど安定した物を持ち、介助者が腰を支えれば移乗可能。 | | |
| 排尿 | 起床後　毎食前後　入浴後、就寝前など要所の時間で誘導する。夜間は夜３時ごろ１回紙おむつを交換している。 | | | 通院時は1時間おき  家では2～3時間おき  夜間は紙おむつ使用。 | | |
| 排便 | おなかが張る。ガスが出る。食がすすまない。  弁が出口で固まる。 | | | 座薬挿入後30分でトイレ誘導、タイミングが合えば出る。  便秘　　3日出なければ座薬を使用。 | | |
|  | 本人の様子 | | | 必要な支援・留意点 | | |
| 更衣 | 前後、裏表の区別は不可。  ボタン、ファスナー自分ではできない。  靴下はつま先を通せば、自分ではける。 | | | 首だけ介助で通せば袖は自分で通せる。  ズボンは座位が保てる椅子に座ってなら途中まではける。総ゴムのズボンは１人ではける。 | | |
| 入浴 | 浴漕の淵を持っていれば、１人で浴漕に入ることができる。  お風呂につかるのは好き。家では５～10分程度で上がっている。 | | | 発作があるので目は離さない。  頭がぬれる事を嫌う。洗髪はドライシャンプー又は蒸しタオルで拭くのも良い。 | | |
| 歯みがき | 嫌いなので歌を歌いながら楽しい雰囲気できるとよい。 | | | 水で湿らせたスポンジで優しく磨く。  口すすぎはできません。 | | |
| 洗面 | 蒸しタオルで拭く | | | 声をかけて、手などで試してからが良い。 | | |
| 食事 | 経口・経管・併用・IVH・好きな食べ物  嫌いな食べ物など  その都度スプーンをもてば口に運べる。  すっぱいものは苦手。 | | | ティースプーンで一口ずつ。  車椅子、手すりのある椅子に移乗して介助でたべる。 | | |
| 水分 | 経口・経管・併用・IVH  ３時間毎　とろみ（とんかつソース状）をつける。 | | | １回　200　CCは飲める  ストローでも吸える。  ティースプーンで一口ずつ。  飲み込みを確認する。 | | |
| 備考 | 経口 | | 食事形態  　主　副　ムース食 | 経管 | 1日　　　回：量　　　㏄  1回あたりの時間  PHGの交換 | |
| 食事時間  調子が良いときは40分 |
| 食欲不振時の対応  飲み込まない。 |
|  | 本人の様子 | | | 必要な支援・留意点 | |
| 移動 | 車椅子 | | | 移動する前は声をかける。 | |
| 外出 | 暖かいところ、気持ちよいところを好む。  表情が緩む。 | | | 車椅子の散歩は、点字ブロックのような凹凸の刺激を喜ぶ。 | |
| 余暇 | 男性演歌歌手が好き  散歩。 | | |  | |
| コミュニケーション | 意思の伝達・表現 | 機嫌が良いと笑顔と独り言が多くなる。 | |  | |
| 他者からの意思伝達の理解 | 嫌な時は声が出る。 | |  | |
| 好きなこと | 音を聞くこと、日光を感じること、手先、足（膝下）のマッサージや足浴。 | | | | |
| 嫌いなこと | 痛いこと、恐怖を感じること | | | | |

わたし（ぼく）のサポートマップ

（記入年月日　　年　　　月　　日）

**相談機関・療育機関**

**○○相談支援事業所**

**行政機関**

**(ハローワークなど)**

**東広島市**

**障害福祉課**

**日中活動の場**

**生活介護事業所○○**

**利用している**

**福祉事業所**

**ヘルパー事業所生活介護事業所**

**医療機関等**

**○○内科**

**○○眼科**

**家　族**

**わたし**

**（ぼく）**

**成年後見人など**

**なし**

**わたしの（ぼくの）**

**住んでいる地域**

**（民生委員など）**

**民生児童委員の○○さん**

**近所の○○おじさん**

**わたしの楽しみなこと**

**（余暇活動等）**

**好きな演歌歌手の歌を聞く**

**散歩、お出かけ**

**スキンシップ**

※わたしの（ぼくの）

まわりにある支援を

書き込んでみましょう。