

び・すけっと菊名 短期入所(宿泊・泊なし)、日中一時支援 登録シート①

記入日	年 月 日	記入者	続柄()			
ふりがな 氏名	様	性別 男・女	生年月日	T S H R	年 月 日生(歳)	
住所	電話					
	- - (自宅・本人・母・父・その他:)					
	- - (自宅・本人・母・父・その他:)					
疾患・障害名						
身障手帳	種 級 (上肢 級 / 下肢 級) ・ 未取得					
愛の手帳	A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ 未取得			精神保健福祉手帳	1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 未取得	
障害支援区分	未申請 ・ 非該当 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6			障害児区分	1 ・ 2 ・ 3 要介護度	
世帯状況	氏名	生年月日	続柄	同別居	介護者 (主◎従○)	備考(連絡先、職業、健康状態等)
		MT SH	本人	同・別		
		MT SH		同・別		
		MT SH		同・別		
		MT SH		同・別		
		MT SH		同・別		
		MT SH		同・別		
通所先・学校名						
主治医	病院名:			主治医名:		
計画相談事業所名	(担当相談員名:)					

医療的ケア内容 (下記該当する項目に○をつけて下さい)

チェック

チェック

人工呼吸器 (NPPV、ネイザルハイフロー、パーカッションベンチレーター、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む) 常時使用	9	皮下注射 (インスリン、麻薬など)	
人工呼吸器 (NPPV、ネイザルハイフロー、パーカッションベンチレーター、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む) 夜間時・体調不良時のみなど		持続皮下注射ポンプ使用	
3 気管切開	10	血糖測定 (持続血糖測定器による血糖測定含む)	
4 鼻咽頭エアウェイ	11	継続する透析 (血液透析、腹膜透析を含む)	
5 酸素療法	12	排尿管理	利用時間中の間欠的導尿
6 吸引 (口鼻腔、気管内吸引)		持続的導尿: 尿道留置カテーテル、膀胱瘻、腎瘻、尿道ストーマ	
7 利用時間中のネブライザー使用・薬液吸入	13	排便管理: 消化管ストーマ	
8 経管栄養	14	中心静脈カテーテル (中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など)	
経鼻胃管			
胃ろう (経口摂取との併用: あり ・ なし)			
経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻			
持続経管注入ポンプ使用			

び・すけっと菊名 短期入所(宿泊・泊なし)、日中一時支援 登録シート②【週間スケジュール】

作成日： 年 月 日

- 一週間の生活(食事(水分・注入含む)・睡眠・入浴など)とスケジュール(通所・学校・ヘルパー・訪問看護・放課後デイ・往診医・通院・習い事など)のご記入ください。
- 計画相談をご利用の方は、サービス等利用計画(週間計画表)のコピーをご提出頂いても構いません。

利用者氏名(児童氏名)	
記入者	(続柄:)

	月	火	水	木	金	土	日・祝	
5:00								短期入所の利用 あり・なし
6:00								
7:00								
8:00								
9:00								短期入所先
10:00								▪
11:00								▪
12:00								▪
13:00								▪
14:00								短期入所の頻度
15:00								
16:00								
17:00								
18:00								
19:00								
20:00								
21:00								
22:00								
23:00								
0:00								
1:00								
2:00								
3:00								
4:00								