

写 真

(利用する子の本人確認のため、センターで写真を撮らせていただきます)

白河学園ショートステイ
利 用 登 録 票

利用時の大切な資料です。
できるだけ詳しくご記入ください。

記入年月日	令和	年	月	日
記 入 者		続柄		

名前	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(生年月日) 年 月 日	歳
				(家での呼び方) _____くん・ちゃん	
住所	〒			電話番号	
	白河市 ・ 西郷村				
就園 就学先	園・学校名		学年・クラス		
	電話番号		担任・担当者		
身体状況	身長	cm	体重	kg	平均体温
	【特記事項】				

家 族 情 報 ・ 連 絡 先 ※利用されるお子様以外の同居家族の情報を記入してください。							
氏名	続柄	住所	生年月日	職業・就学先	電話番号		連絡 順位
			年齢	健康状態			
ふりがな		<input type="checkbox"/> 同上 〒			☎		
			歳	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良()	☎		
ふりがな		<input type="checkbox"/> 同上 〒			☎		
			歳	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良()	☎		
ふりがな		<input type="checkbox"/> 同上 〒			☎		
			歳	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良()	☎		
ふりがな		<input type="checkbox"/> 同上 〒			☎		
			歳	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良()	☎		
【特記事項】 ※都合の良い連絡時間や就業時間について、日中は会社に連絡してほしいなど・・・							

かかりつけ 医療機関	病 院 名	診 療 科 名	連 絡 先

既往歴	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 脱臼 (先天性股関節脱臼 ・ その他_____) <input type="checkbox"/> 骨折 (箇所 : _____) <input type="checkbox"/> 腎疾患 (_____) <input type="checkbox"/> 肝疾患 (_____) <input type="checkbox"/> 心疾患 (_____) <input type="checkbox"/> ひきつけ (<input type="checkbox"/> 熱性けいれん ・ <input type="checkbox"/> けいれん) <input type="checkbox"/> てんかん発作 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 特になし		
	発 作	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病 名
発作に ついて	頻 度		
	病 院	主 治 医	
健康 状況	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい <input type="checkbox"/> 高熱を出しやすい <input type="checkbox"/> 咳が出やすい <input type="checkbox"/> 扁桃腺が腫れやすい <input type="checkbox"/> 蕁麻疹が出やすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 耳だれになりやすい <input type="checkbox"/> 関節がはずれやすい <input type="checkbox"/> 便秘がち <input type="checkbox"/> 吐きやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> アレルギー体質 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 特になし		
	* 留意点や普段の対応の仕方等あれば具体的に記入してください。		
障がいの状況	福祉手帳の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体 ・ 精神 ・ 療育)		
	障がい名		

* お子さんの1日の生活の流れについて (起床、食事、昼寝、入浴、学校、娯楽・TV鑑賞など)

一日の 生活リズム	平 日	… 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 …
	休 日	… 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 …
特記事項	* 生活リズムで注意点などあれば、具体的に記入してください。	

基本的 生活 習慣	食事	<p>◎食物アレルギー <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p> <p>◎好きな食べ物 ()</p> <p>◎嫌いな食べ物 ()</p> <p>◎食べる量 <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>多い <input type="checkbox"/>少ない <input type="checkbox"/>偏食 ()</p> <p>◎飲食用具(使えるもの) <input type="checkbox"/>はし <input type="checkbox"/>フォーク <input type="checkbox"/>スプーン / ストロー(<input type="checkbox"/>要 / <input type="checkbox"/>不要)</p> <p>◎利き手 <input type="checkbox"/>右手 <input type="checkbox"/>左手</p> <p>◎自立度 <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助が必要</p> <p><input type="checkbox"/>くちに含む <input type="checkbox"/>かまずに飲む <input type="checkbox"/>喉につまることがある</p> <p>* 介助の必要、注意点があればその方法を具体的に記入してください。 <例>お肉は1cmくらい細かくしてほしい …</p>
	排泄・生理	<p>◎日中の対応(トイレ) <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助が必要 (声掛け・おむつ交換・補助便座使用)</p> <p>◎就寝時の対応 <input type="checkbox"/>特になし <input type="checkbox"/>おむつ着用 <input type="checkbox"/>夜尿マット使用</p> <p>◎失禁の有無 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (日中失禁がある ・ 夜尿がある)</p> <p>◎排泄後の始末 <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助が必要</p> <p>◎生理の有無 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (初潮: 歳頃)</p> <p>* 介助の必要がある場合、普段の対応の仕方やコツなど方法を具体的に記入してください。 <例>尿意、便意は、お腹を押さえて訴えてくる …</p>
	入浴	<p>◎洗身 <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助が必要</p> <p>◎洗髪 <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助が必要</p> <p>◎着脱衣 <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助が必要</p> <p>◎肌がデリケート <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい()</p> <p>* 介助の必要がある場合、肌がデリケートな場合はその対応方法を具体的に記入してください。</p>
	睡眠	<p>◎寝具 <input type="checkbox"/>ベッド <input type="checkbox"/>布団</p> <p>◎対応 <input type="checkbox"/>一人で寝られる <input type="checkbox"/>添い寝が必要</p> <p>◎寝つき <input type="checkbox"/>よい <input type="checkbox"/>わるい</p> <p>* 寝つきの悪い時の状態、および対応の仕方を具体的に記入してください。 <例>タオルやぬいぐるみが必要</p> <p>◎寝起き <input type="checkbox"/>よい <input type="checkbox"/>わるい</p> <p>* 寝起きの悪い時の状態、および対応の仕方を具体的に記入してください。</p> <p>◎睡眠状態 <input type="checkbox"/>よい <input type="checkbox"/>わるい</p> <p><input type="checkbox"/>いびきをかく <input type="checkbox"/>歯ぎしりする <input type="checkbox"/>寝相が悪い <input type="checkbox"/>夜泣きがある</p> <p>◎寝ているときの発作 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>* 発作の状態・頻度・対応など具体的に記入してください。</p>
	洗面・歯磨き	<p>◎洗顔 <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助が必要</p> <p>◎手洗い <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助が必要</p> <p>◎歯磨き <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助が必要 (しあげ磨き ・ 自分で磨けない)</p> <p>◎うがい <input type="checkbox"/>自分でできる <input type="checkbox"/>介助が必要</p> <p>* 介助の必要がある場合、普段の対応の仕方やコツなど方法を具体的に記入してください。</p>

意思疎通	<p>◎コミュニケーション手段 <input type="checkbox"/> 日常会話ができる <input type="checkbox"/> 話せない (<input type="checkbox"/> 単語程度は話せる・ <input type="checkbox"/> 身ぶりや手ぶりで伝える)</p> <p>◎言葉の理解 <input type="checkbox"/> 言葉の意味を理解できる <input type="checkbox"/> わからない (<input type="checkbox"/> 単語程度はわかる・ <input type="checkbox"/> 身振りや手ぶりだと分かる)</p> <p>◎視覚 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 視力補正 (メガネ ・ コンタクト)</p> <p>◎聴覚 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 聴力補正 (補聴器 ・ その他 _____)</p> <p>* その他注意点、またチェックに当てはまらない意思の表現方法などあれば具体的に記入してください。</p>
性格	<p><input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> 温和 <input type="checkbox"/> よくしゃべる <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 人見知りする</p> <p><input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 一人で静かに過ごすのが好き <input type="checkbox"/> 敏感 (音 ・ 物 ・ 環境)</p> <p><input type="checkbox"/> 一つのことにこだわりやすい <input type="checkbox"/> ちょっとしたことがかつとなりやすい</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>* 注意すべきことがある場合、普段の対応の仕方やコツなど方法を具体的に記入してください。</p>
行動の特徴	<p><input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 異食(食べていけないものも食べてしまう) <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 脱衣行為 <input type="checkbox"/> 破衣行為(服を破く)</p> <p><input type="checkbox"/> 放尿 <input type="checkbox"/> 便いじり <input type="checkbox"/> 性器いじり</p> <p><input type="checkbox"/> 自閉的 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 乱暴 <input type="checkbox"/> どもり <input type="checkbox"/> チック <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 行動が遅い</p> <p><input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 無断外出 <input type="checkbox"/> ひきこもる <input type="checkbox"/> 執着・収集癖 <input type="checkbox"/> かみつき <input type="checkbox"/> 破壊行為 <input type="checkbox"/> 盗癖</p> <p><input type="checkbox"/> 爪かみ <input type="checkbox"/> ひっかき <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> つば吐き <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 他傷行為</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p> <p>* チェックした行動・行為の具体的な内容や対応方法を記入してください。 <例> 思い通りにならないと興奮して物にやつあたりすることがあるので、まずは落ち着くように声掛けしてほしい。</p>
集団生活	<p>◎集団生活 <input type="checkbox"/> 自分から集団に参加する <input type="checkbox"/> 誘われれば集団に参加する <input type="checkbox"/> 家族以外にもなじみやすい <input type="checkbox"/> 家族以外にはなじまない</p> <p>◎就園・就学先の様子 <input type="checkbox"/> 一人で過ごすことが多い <input type="checkbox"/> 友達と過ごすことが多い</p> <p>◎他者との関わり <input type="checkbox"/> 心配ない <input type="checkbox"/> 不安がある (例えば、他人の言動、視線が気になるなど) ↳どんなこと (_____)</p> <p>◎遊び [家の中では] [就園・就学先、外など]</p> <p>* ショートステイ利用中の注意点など</p>