



入所時の持ち物（必要なものを入所期間に応じてお持ちください）

<input type="checkbox"/> 上着：長袖	枚	<input type="checkbox"/> 紙おむつ：商品名（ ）	<input type="checkbox"/> 診察券	下記のものはセンターにもあります		
<input type="checkbox"/> 半袖	枚	<input type="checkbox"/> 汚れ物を入れる袋	<input type="checkbox"/> 保険証			
<input type="checkbox"/> はおり物	枚	<input type="checkbox"/> 食事介助用品	<input type="checkbox"/> 受給者証		<input type="checkbox"/> バスタオル（大）	枚
<input type="checkbox"/> 下着：シャツ	枚	有（ ）・無	<input type="checkbox"/> 母子手帳		<input type="checkbox"/> フェイスタオル（中）	枚
<input type="checkbox"/> パンツ	枚	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ	<input type="checkbox"/> 処方箋		<input type="checkbox"/> ウォッシュタオル（小）	枚
<input type="checkbox"/> 長ズボン	枚	<input type="checkbox"/> 車椅子・テーブル	・飲み薬		<input type="checkbox"/> 掛け物	枚
<input type="checkbox"/> 半ズボン	枚	<input type="checkbox"/> 椅子・テーブル	・吸入液		<input type="checkbox"/> クッション・枕	
<input type="checkbox"/> スカート	枚	<input type="checkbox"/> ヘルメット	・塗り薬		<input type="checkbox"/> 吸引器	
<input type="checkbox"/> 靴下	足	<input type="checkbox"/> コルセット	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> おもちゃなど	
<input type="checkbox"/> 靴	足	<input type="checkbox"/> シャーレ（両足・片足）				
		<input type="checkbox"/> 吸引チューブ	本			

日常生活の様子（日常生活の記入は、同月複数回利用の場合、初回利用時の記入をお願いします）

姿勢	寝たきり・膝立ち・つかまり立ち・一人立ち・寄りかかって座る・寄りかからずに座る その他（ ）				
移動	移動できない・半寝返り・完全寝返り・背這い移動・腹這い移動・肘這い移動 四つ這い移動・いざり移動・膝立ち移動・つたい歩き・両手支え歩き・片手支え歩き 車椅子（乗車時間可能 分）・歩行器・杖・独歩（不安定・安定）				
言語	話せる・喃語・話せない 意思疎通方法：有（ ）・無				
経口摂取	介助：全介助・一部介助（方法： 種類：普通・きざみ・ペースト 水分摂取：コップ・マグマグ・ストロー・スプーン・トロミの使用、水分量（ ）cc/日 食べ方：箸・スプーン・シリコンスプーン・特殊スプーン・フォーク・きき手（右・左） 体位：仰臥位・ギャッジアップ（ 度）・座位（自力・もたれ） 車椅子・クッションチェア・その他 抱っこ：向き（ ）・角度（ ） 好きな食べ物：（ ） 嫌いな食べ物：（ ） 与薬方法：口に直接・スプーン・食物に混ぜて・その他（ ）				
経管栄養	時間： 内容： 所要時間：（ ）分/回 体位（ ） 経鼻・胃瘻 Fr cm 対処法：胃出血時（ ） 残渣が多い時（ ） 注意点：抑制必要・装具は外す・その他（ ）				
排泄	排尿：（ ）回/日 尿意：教えない・教える 方法：オムツ・尿器・トイレ介助（具体的に ） 導尿（介助・自己）・自立 排便：（ ）回/日 便意：教えない・教える 方法：オムツ・便器・トイレ介助（具体的に ） 便秘時：				
清潔	入浴：全介助・一部介助・自立：好き・嫌い 歯磨き：全介助・一部介助・自立：（ ）回/日 うがい：出来ない・出来る				
睡眠	時間：（ ）～（ ）時 寝つき：良い・悪い 夜泣きする・大声を出す 寝ない時：眠剤使用（ ）・その他（ ）				
行動	異食・大声・多動・粗暴・脱衣・徘徊・その他（ ） 自傷（ ） 他害（ ） 喜ぶ事 嫌がること				