

利用児(日中一時支援・短期入所)の生活状況について(個別支援計画書)

記入日: 令和 年 月 日

ふりがな 利用児氏名	男・女	生年月日	平成 令和 年 月 日 () 歳
カルテ番号		主治医	
身障手帳		療育手帳	A1・A2・B1・B2
受給者名		受給者番号	
適用期間	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		
住所	県 市・郡 町・村 番地		
保護者	様	続柄	電話
緊急 連絡先	様	続柄	電話
	自宅・勤務先		電話
診断名			
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
必要な	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入		
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 噴霧吸引 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> てんかん発作 <input type="checkbox"/> その他		

* 医療的ケア欄にチェックされた児は、医師の指示書が必要になります。

利用児および家族の希望(ご希望をチェックしてください)

<input type="checkbox"/> 日中一時支援・短期入所を希望
困っていること・支援してほしいこと

医師の所見・方針

条件等	<input type="checkbox"/> 宿泊を許可する	<input type="checkbox"/> 日帰り利用のみを許可する
	<input type="checkbox"/> 日帰り利用から	<input type="checkbox"/> 平日のみ
	<input type="checkbox"/> 平日1泊から	<input type="checkbox"/> 食事状況の観察後
	<input type="checkbox"/> 初回はセンター周辺で保護者待機要	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> その他()	
医師の所見の下に契約し、これらの情報を関係機関へ開示することに同意します。 保護者氏名		

身体拘束 生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高く、行動制限（身体拘束）以外の方法が見つかからないため、病棟において次の方法で最小限の行動制限（身体拘束）を行います。ただし、解除することを目標に努力することを約束します。		
内 容(方法)	理 由	時間帯
<input type="checkbox"/> 痰吸引や経管栄養注入時、固定帯や職員の手で四肢や体幹を固定する。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア実施に、手でカテーテルなどを触る危険があるため ・経管栄養注入中にカテーテルを抜去防止 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療ケアが必要な時
<input type="checkbox"/> 車いすベルト(胸ベルト・股ベルト・足ベルトなど) <input type="checkbox"/> 車いすテーブル <input type="checkbox"/> サークルベッド <input type="checkbox"/> 4点柵	<ul style="list-style-type: none"> ・車いすからの転落防止 ・安定した姿勢が保持できないため ・立ち上がりによる転落防止のため ・転落防止のため 	<ul style="list-style-type: none"> ・乗車中や車いすでの移動時 ・食事摂取時や活動時間など ・睡眠時や体調不良でベッド上安静が必要なとき
<input type="checkbox"/> ミトン(靴下、手袋)	<ul style="list-style-type: none"> ・手指の汚染、感染防止 ・チューブ類抜去防止 	<ul style="list-style-type: none"> ・就床時など
説明を行った日 説明者サイン	令和 年 月 日 岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター 医師	
次回更新予定月	令和 年 月	