

記入日 年 月 日	オトノハが提供する、放課後等デイサービス・児童発達支援をご利用するために下記の事前情報を入力し情報提供をお願いいたします。
利用者名	
フリガナ	
サービス	放課後デイサービス・児童発達支援
生年月日	年 月 日
性別	男性・女性
申請者名	
緊急連絡先①	
緊急連絡先②	
緊急連絡先③	
郵便番号	
住所	
診断名	
アレルギー	
在籍校	
希望利用日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
学校のお迎え	希望する・希望しない
自宅への送り	希望する・希望しない
家族構成	
主治医（緊急搬送先）	TEL
1日のスケジュール	
1週間の予定	月 火 水 木 金 土 日
移動	歩行（自立・介助）・はいはい・全介助
食事形態	経口（常食・刻み食・ミキサー食）・一部介助・全介助・注入
とろみ	ドレッシング状・はちみつ状・ソース状・なし
更衣	自立・一部介助・全介助
好きな・苦手なこと	
コミュニケーション	可能・困難・不可能
動作	定額・寝返り・座位・立位・歩行・該当せず
視力障害	あり・なし・不明
聴力障害	あり・なし・不明

排泄	自立・トイレ介助・おむつ・ストマ
排尿	自尿・時間導尿・失禁
排尿回数	回程度／日
排便	間隔（日1回程度）、性状（固め、普通、泥状、水便）、便秘時の対応（浣腸、綿棒刺激）
装具	インソール・下肢装具・コルセット・その他（ ）
作成場所	
作成日	
使用時間	
用途	
装具の注意点	
発作について	
発作時の対応	
自発呼吸は	あり・なし
呼吸器の種類	
呼吸器の設定	
装着時間について	
呼吸器離脱可の時間	
定時で着用の時間	
排痰補助装置名	
排痰補助装置の設定	
装着時間	
喉頭気管分離術は？	行った・行ってない
気管切開について	単純気管切開・喉頭気管分離・人工鼻・スピーチカニューレ
いつ行ったか	
カニューレの定時交換	
カニューレのカフ	あり・なし
カニューレの種類	
カニューレの種類（緊急時交換用）	
事故抜去時の対応	
吸入薬・量	
吸入の時間	
吸引のタイミング	
吸引部位	気管切開・口腔内・鼻腔内
吸引カテーテル	
吸引カテーテルの挿入長さ	気管 cm・口腔内 cm・鼻腔内 cm
投与方法	経鼻カニューレ・酸素マスク
酸素量	L／分
必要な排泄ケア	尿路ストーマ・人工肛門・導尿・摘便・浣腸

導尿カテーテル	Fr、 cm挿入
人工肛門	
浣腸	
座薬	
経管栄養	経鼻経管栄養・胃瘻・腸瘻
経鼻経管栄養	Fr、挿入長さ cm、固定テープの種類
胃瘻	Fr、挿入長さ cm、Yガーゼ（有・無）、固定水の量（ ml）
腸瘻	Fr、挿入長さ cm、Yガーゼ（有・無）
栄養剤や内服	
胃残	胃残 以下 全量注入 胃残 以上 胃残 以下 差し引き注入 胃残 以上 （ ）
血糖測定	
インスリン	
血糖コントロール	
活動参加を促してよい か？	
お子さんがやってみ たいこと やらせてみたいこと	
療養やリハビリの希望	
お友達とどんな遊び しますか？	
将来の希望等について 教えてください	
オトノハで実施する医 療行為 例）○時注入 ○時内服 ○時浣腸・導尿 吸引 適宜 呼吸器○時～○時外す 酸素○/L 軟膏塗布	