

ご本人	氏名		愛称		性別 男・女		写真
	生年月日 平成・令和		年 月		日生まれ (才)		
ご家族 (続柄)		(歳)			(歳)		
		(歳)			(歳)		
		(歳)			(歳)		
住所	〒					電話 ()	
	住所					FAX ()	
緊急 連絡先	①氏名		電話 ()		住所		
	②氏名		電話 ()		住所		
教育機関 ／日中先	学校・幼稚園名				学年 ()	電話 ()	
	日中先					電話 ()	
診断名			身体障害者手帳	無 ・ 種 級			障害支援区分
			愛の手帳	無 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2			
医療機関	医療機関名		主治医名		電話 ()		
その他 利用機関	訓練会・療育機関		活動ホーム		その他(グループ活動・習い事等)		
健康	<発作> なし ・ あり 発作時の様子と対処法						
	<服薬> なし ・ あり 薬剤名 朝() 昼() 夕() ◆飲み方と注意事項						
	<アレルギー> なし ・ あり () 症状						
	その他健康上の注意点 (体調が悪いときのサインや対処法なども含めて記入してください)						
コミュニケーション	◆自分の意志をどのように伝えますか(ジェスチャー・サイン・文字・言葉など) ◆本人とのやりとりや予定を伝える際の有効な手段や注意することはありますか？ ◆人との関わりで注意する事はありますか？						

食事	食べる量	多い ・ 普通 ・ 少ない ・ 食べムラがある		
	好きな物			
	嫌いな物			
	形 態	普通 ・ 一口大刻み ・ 細刻み ・ ミキサー ・ その他 ()		
	食事方法	介助の必要 無し ・ 有り		
		はし ・ スプーン/フォーク ・ その他 ()		
	水分摂取量	多い ・ 普通 ・ 少ない		
	摂取方法	コップ ・ 吸い飲み ・ ストロー ・ その他 ()		
	◆食事・飲水の援助の方法			
◆食事・飲水の場面で注意すること				
排泄	大便	介助	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (パンツ ・ オムツ)	
		いつ	朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 不定期	
		頻度	() 日 () 回 / () 時間おき	
		サイン	なし・あり ()	
		◆介助方法		
	小便	介助	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (パンツ ・ オムツ)	
		いつ	朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 不定期	
		頻度	() 日 () 回 / () 時間おき	
		サイン	なし・あり ()	
		◆介助方法 (生理がある場合は生理時の介助方法も記入して下さい)		
好きなことなど	◆好きな事・物・遊びはなんですか？(テレビ番組・音楽・おもちゃなど)			
	◆嫌いな事・物・遊びはありますか？			
	◆外で遊ぶことはありますか？どんな場所を好みますか？			
	◆外出中に注意する事がありますか？			
	◆精神的に不安定になることやパニックはありますか？(どんな時・その時の様子・対処の方法)			
	◆くせやこだわりはありますか？(どんな行動・対処の方法)			
移動	<移動の仕方> 歩行 ・ 車イス (自操式 ・ 介助型 ・ 電動) ・ その他			
	◆移動上の注意点			
その他	伝えておきたいこと			