

受験番号		氏名		性別
障害名		身体障害者手帳	第一種・第二種 級	
病名		療育手帳	A1 A2 B1 B2	
A D L	食事	1. 食事形態 (普通食・流動食・ペースト食・きざみ食・つぶし食) 飲み込み (特に問題なし・むせやすい) *経管栄養 ①注入方法 (鼻チューブ・ロチューブ・胃ろう・腸ろう) ②頻度 (毎食・ほぼ毎日・体調不良時) ③栄養剤種類 ( )		自立 半介助 全介助
	排泄	1. 排尿 (トイレ・おむつ・尿器) *導尿を要する (自己・他) (毎日・時々) 2. 排便 (毎日・便秘傾向) (トイレ・おむつ) ◎便秘時指示 (便秘 日目に 使用)		自立 半介助 全介助
	アレルギー	なし・あり (食べ物・薬物)		
発作	てんかん	なし・あり (毎日・時々) 最終発作: 年 月 発作時の様子		
	その他 ( )	発作後の様子や対応 座薬使用 なし・あり (毎回・発作の状態による)		
普段の様子	バイ イ タ ル 平 常 時	1. 平熱 ( °C) 体温調節 (特に心配ない・困難) 2. 脈拍 ( 回/分) 3. 血圧 ( / mmHg) 4. SPO2 ( ) 5. 呼吸 回数: ( 回/分) (鼻呼吸・口呼吸・気管切開) 喘鳴: なし・あり (強・弱) (食前後・常時・体調不良時) 痰: なし・あり (多・少)		
	緊張	なし・あり (強・弱 : )		
	睡眠	よく寝る・寝つきが悪い・眠りが浅い・不眠 ◎不眠・不穏時指示: ( )		
医療的ケア	有・無	<input type="checkbox"/> 吸引 (ほぼ毎日・体調不良時) <input type="checkbox"/> 吸入 (ほぼ毎日・体調不良時) ( 回/日) (生理食塩液・薬液) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> エアウェイ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> V-Pシャント <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (常時・体調不良時・夜間のみ) (呼吸器の種類: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
注意すべきこと (禁忌事項等)		例: 脱臼 (部位: ) 脊柱側彎 (なし・あり)		