

★ 記載して、外来受診時にご持参ください

★ 外来受診後に変更があった場合は、赤字で追加・修正し、利用開始日にご持参ください

利用希望者調査票

* 当院ご利用に当たり、次の項目にお答え下さい。

* 記載は利用者さんを日頃よくお世話している方をお願いします。

	記載年月日	R 年 月 日	
ふりがな 利用者氏名		性別 男・女	
生年月日	S・H・R 年 (西暦 年)	月 日	
住 所	〒		
電話番号 ※つながりやすい順番で ご記載ください	番 号	種 別	続 柄
	①	自宅・携帯・職場	
	②	自宅・携帯・職場	
	③	自宅・携帯・職場	

家 族				
氏 名 (続 柄)	生 年 月 日	同居・別居	職 業	健康状態
()	S・H・R 年 月 日	同居・別居		
()	S・H・R 年 月 日	同居・別居		
()	S・H・R 年 月 日	同居・別居		
()	S・H・R 年 月 日	同居・別居		
()	S・H・R 年 月 日	同居・別居		
()	S・H・R 年 月 日	同居・別居		
()	S・H・R 年 月 日	同居・別居		
自宅での主な介護者氏名 (続柄)	氏名	()		
	氏名	()		
	氏名	()		

主 病 名	
病 名	
病 名	
病 名	
病 名	
病 名	

既 往 歴	
年 月	これまでの病歴、入院・手術歴

★ 記載して、外来受診時にご持参ください

★ 外来受診後に変更があった場合は、赤字で追加・修正し、利用開始日にご持参ください

医療機関・主治医			
医療機関名	診療科	医師名	通院頻度
			/ 月 ・ 年
			/ 月 ・ 年
			/ 月 ・ 年
			/ 月 ・ 年
			/ 月 ・ 年
緊急時対応医	医療機関名	医師名	連絡先

病気や病名についてどのように説明を受けていますか？（わかる範囲で結構です）

ア レ ル ギ ー	
薬物アレルギー	なし ・ あり（ ）
食物アレルギー	なし ・ あり（ ）
その他	

感 染 症 歴 *（ ）内は検査日を記載してください	
B型肝炎（ ）	C型肝炎（ ） HIV（ ） 梅毒（ ）
MRSA（ ）	その他（ ）

予 防 接 種 歴		
ポ リ オ（ 未 ・ 済 ）	三種混合（ 未 ・ 済 ）	麻 疹（ 未 ・ 済 ）
MRワクチン [風疹・麻疹混合]（ 未 ・ 済 ）		風 疹（ 未 ・ 済 ）
流行性耳下腺炎（ 未 ・ 済 ）	水痘（ 未 ・ 済 ）	日本脳炎（ 未 ・ 済 ）
BCG（ 歳）	ツベルクリン反応（ 陽性 ・ 陰性 ）	
ヒブワクチン（ 未 ・ 済 ）	肺炎予防ワクチン（ 未 ・ 済 ）	
ロタウイルス（ 未 ・ 済 ）	その他（ ）	

流 行 疾 患 罹 患 歴			
水 疱（ 歳）	風 疹（ 歳）	麻 疹（ 歳）	流行性耳下腺炎（ 歳）
ポリオ（ 歳）	結 核（ 歳）	ジフテリア（ 歳）	日本脳炎（ 歳）
破傷風（ 歳）	百日咳（ 歳）	その他（ ）	

★ 記載して、外来受診時にご持参ください

★ 外来受診後に変更があった場合は、赤字で追加・修正し、利用開始日にご持参ください

手 帳		
手 帳	等 級	障 害 名
身体障害者手帳	1級 ・ 2級	
療 育 手 帳	A1 ・ A2	
障害支援区分	6	

関 係 機 関			
市 町 村	(市・町・村)	ケースワーカー	様
相談支援事業所		相談支援専門員	様
教 育	学校(小・中・高)	学年(在学中・卒業)	

福 祉 サ ー ビ ス		
サービス名	事業者名(利用曜日、利用頻度)	事業者名(利用曜日、利用頻度)
通所施設		
通所施設		
訪問看護		
訪問リハビリ		
そ の 他		

リハビリテーション *病院及び福祉事業所で行っている全てを記載してください		
実施機関名	訓 練 内 容	実施頻度
	理学(PT) ・ 作業(OT) ・ 言語聴覚(ST)	/ 週 ・ 月
	理学(PT) ・ 作業(OT) ・ 言語聴覚(ST)	/ 週 ・ 月
	理学(PT) ・ 作業(OT) ・ 言語聴覚(ST)	/ 週 ・ 月

普段飲んでいるお薬の名前.内容.内服時間を教えてください(わかれば量も記入) *お薬手帳のコピーでも可
 ※お薬手帳の内容とは異なる量や時間にお飲みいただいている薬がある場合は必ず記入をお願いいたします
 (お薬手帳のコピーの修正でも可)

例：<薬剤名●●>便が緩い時は飲ませない
 <薬剤名●●>食前に服用、夕食の薬は寝る前と一緒に服用 など

★ 記載して、外来受診時にご持参ください

★ 外来受診後に変更があった場合は、赤字で追加・修正し、利用開始日にご持参ください

医 療 的 ケ ア				
現 在	体重： kg	身長： cm		
気管切開	なし ・ あり：咽頭分離・咽頭分離なし・その他（			
	気管チューブ	種 類		サイズ
		カ フ	なし ・ あり（	cc）
人工呼吸器	機 種			
	時 間	24時間 ・ 夜間のみ ・ その他（		
非侵襲的陽圧換気療法 (NIPPV)		機 種		
		時 間	24時間・夜間のみ・その他（	
酸素療法	なし ・ あり	内 容（		
その他呼吸ケア（IPVなど）		内 容 と 時 間（		
ネブライザー	なし ・ あり	内 容 と 時 間（		
吸 引	回 数		サイズ	Fr
尿留置カテーテル	種 類		サイズ	Fr
導尿	なし ・ あり	使用カテーテル（ Fr） 時間（		
てんかん発作				
頻 度	今までに一度もない ・ 以前あったが今はない あるが少ない（ 回/年） ・ ある（ 回/ 月、 回/ 週、 回/日）			
痙攣時の投薬方法	なし ・ あり（			
痙攣のタイプ				

食 事				
食事の摂取方法	経 口 ・ 胃 瘻 ・ 経 鼻			
* 経口摂取の方のみ以下にお答えください。				
食形態	主 食	ご 飯（ 柔らかめ ・ お 粥 ・ 流動食 ・ 離乳食 ）		
		その他（		
		主食の量	g 程度	
副 菜	常 食 ・ 一口大 ・ 柔らかめ ・ キザミ ・ ミキサー ・ 離乳食			
	その他（			
水 分	どのように飲んでいますか？			
	トロミの使用		あ り ・ な し	
	トロミの程度			
お 薬	どのように飲んでいますか？			
自立度	自力で上手（ 分） ・ 自力だがこぼす（ 分）			
	要介助で難しい（ 分） ・ 要介助で簡単（ 分）			
		その他（		
食 具	は し ・ スプーン			
		その他（		
介助者への人見知り	あ り ・ な し			

★ 記載して、外来受診時にご持参ください

★ 外来受診後に変更があった場合は、赤字で追加・修正し、利用開始日にご持参ください

好きな食べ物				嫌いな食べ物	
姿 勢	椅子 ・ 車椅子 ・ ベット上で起こして 椅子とテーブル ・ その他（ ）				
その他	・工夫していることや注意していることなどをご記入ください。				
* 経管栄養の方のみ以下にお答えください。					
経管栄養	経鼻胃管 ・ 経鼻腸管 ・ 胃 瘻 ・ 腸 瘻				
	その他（ ）				
	チューブ	種 類			
		サイズ	Fr		
		長 さ	cm		
	注入時間	注入内容 *何をどのように注入しているかを記載してください			
	例) 12時	半固形ラコール250ml+白湯50ml、100mlずつ10分開けてシリンジ注入			
	例) 18時	エネーボ250ml+白湯100ml、イルリガートルで1時間かける			
	時				
	時				
	時				
	時				
【注意すること】					
【胃残が多い場合の対応】					
姿 勢	椅子 ・ 車椅子 ・ ベット上で起こして 椅子とテーブル ・ その他（ ）				
その他	・工夫していることや注意していることなどを記載してください。				

★ 記載して、外来受診時にご持参ください

★ 外来受診後に変更があった場合は、赤字で追加・修正し、利用開始日にご持参ください

□ 口 腔 ケ ア	
方 法	歯磨き ・ その他 ()
時 間	朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 就寝前
ぐらつきや出血の有無	有・無 部位 ()
注意すること	

排 泄 *☑と必要事項を記載してください	
□オムツ使用	出たことが分からない ・ 出たことが分かる (サイン:)
□下着使用、時間でトイレに連れて行く	・どのくらいの間隔で連れて行きますか? () 時間置きに連れて行く
□一人でできるが見守りが必要	
□一人でできる	
□夜間のみオムツ着用	
□その他 ()	
・排泄の頻度はどれくらいですか?	排尿 (回/日) 排便 (回/ 日)
・使用している薬はありますか?	(薬剤名:)
	(使用の目安:)
・おむつやパットの当て方で、具体的な方法はありますか?	

睡 眠			
起床時間	時 頃	就寝時間	時 頃

コミュニケーション *☑と必要事項を記載してください	
□言葉で応える	(例えば:)
□問いかけに対してYesかNoで応える	
Yesのサイン ()	
Noのサイン ()	
□意味のある声や表情がある (例えば:)	
□理解力 (次の5つから選択下さい)	
ほとんど理解しない	・ 雰囲気理解 ・ 簡単な言葉を理解
簡単な文章を理解	・ 簡単な日常会話を理解

視 力 ・ 聴 力	
視 力	見えている ・ 見えているようだ ・ 光が分かる ・ 見えていない
聴 力	聞こえている ・ 聞こえているようだ ・ 聞こえていない

姿 勢 ・ 移 動	
姿 勢	首の座りなし ・ 首の座り安定 ・ 介助座位 ・ 自力座位
	膝立ち ・ つかまり立ち ・ 自力立位
移 動	寝たきり ・ 半寝返り ・ 完全寝返り ・ 這い ・ いざる
	四つ這い ・ つたい歩き ・ 介助歩行 ・ 独 歩 ・ 走 る

★ 記載して、外来受診時にご持参ください

★ 外来受診後に変更があった場合は、赤字で追加・修正し、利用開始日にご持参ください

補 装 具 ・ 自 助 具	
補 装 具	なし・あり 装具 () ・ 座位保持装置 ・ 車椅子
	その他 ()
	装着のタイミング
自 助 具	なし・あり 保護具 ()
	その他 ()

呼 吸 状 態	
症 状	風邪をひき易い ・ 喘息がある ・ 食後にゼロゼロする いつもゼロゼロしている ・ 緊張すると喉がガーガーする 仰向けに寝かせると苦しくなる ・ 時々顔色が悪くなる 発熱時の対応方法 (解熱剤 あり ・ なし : 薬剤名)

消 化 器 官 機 能	
症 状	お腹が張りやすい ・ 吐きやすい ・ 下痢しやすい ・ 胃食道逆流症
注意すること	

関 節 ・ 骨 ・ 皮 膚	
股関節脱臼	なし ・ あり (右 ・ 左)
骨折の既往	なし ・ あり (部位 : いつ頃)
褥瘡の既往	なし ・ あり (部位 :))
エアマットレス使用	なし ・ あり (種類 :))
注意すること	

ス ト レ ス	
ストレス表出	言葉で言う ・ 泣く ・ 大声、奇声をあげる ・ 緊張する
	その他 ()
自傷行為	噛む ・ 叩く ・ 引っ掻く ・ その他 ()
他傷行為	噛む ・ 叩く ・ 引っ掻く ・ その他 ()

月 経 *女性の方にお尋ねします	
初 潮	歳 月 経 不規則 ・ 規則的 日型 (日間)
出血量	多 量 ・ 中等量 ・ 少 量
月経前駆症状	症状 ()
援助方法	オムツ ・ ナプキン ・ その他 ()

★ 記載して、外来受診時にご持参ください

★ 外来受診後に変更があった場合は、赤字で追加・修正し、利用開始日にご持参ください

余 暇 活 動

- 日常的に好んでいる遊びや音楽等を記載してください。

そ の 他

- 気をつけてほしいこと、ご要望がありましたら、記載してください。