ご家族記入用

Pole Pole 初回利用時間診票

☆緊急連絡先

	名前	続柄	電話番号
1			
2			
3			

☆病名、病状、これまでの経過など

病名：

☆主治医

医療機関名	担当医	電話番号

☆緊急時・機器不具合などの対処方法、受診の目安、連絡先

対処方法・受診の目安など	医療機関担当医および業者	電話番号
人工呼吸器		
気管カニューレ		
酸素		
栄養チューブ		
けいれん発作		
その他発熱、呼吸状態悪化時など		

お子さんの生活について　－　該当するものに〇、および記入してください

☆食事について

・ミルク（　　ml/回・　　回/日）　母乳（　　回/日）

・離乳食（　　回食　・　時間　　）

形態：なめらかにすりつぶす（ヨーグルト位）・舌でつぶせる（バナナ位）・歯ぐきでかめる（肉団子位）

・経管栄養（　　回/日・　　g・ml/回）

内容：ミルク・母乳・流動食・栄養剤(エレンタール・ラコール・エンシュアリキッド・その他＿＿＿＿＿＿)

注意点（　　）

・幼児食

主食：　常食・軟飯・全粥・その他（　　）

副食：　常食・１口大・きざみ・ペースト

とろみ：　不要・必要（　　）

おやつ（　　回/日・時間　　）（内容：　　）

・食事の姿勢

1人でおすわり・抱っこ・ねたまま・その他（　　）

・食べ方

1人で食べられる・お手伝いがいる・ほとんど食べさせる・その他（　　）

・使用器具

・箸（普通・訓練箸）・スプーン（普通・プラスティック製・シリコン製）

・フォーク・訓練皿

・コップ・ストロー・マグマグ・吸い飲み・哺乳びん

・好きな食べ物（　　）

・嫌いな食べ物（　　）

☆排泄について

・方法：トイレ・おまる・オムツ・導尿（　　回/日）

・回数：尿（　　回/日）　サイン：あり（　　）・なし

便（　　回/日）　サイン：あり（　　）・なし

・便秘：あり（排便なし＿＿日目・内服（　　）・浣腸（　　）・坐薬（　　）

なし

☆睡眠について

・寝つき：良い・悪い（対処方法：　　）

1人で寝る・添い寝で寝る

・睡眠時間：（　　：　　～　　：　　）

・お昼寝：　なし・あり（　　時頃～　　時間）

☆お着換え

・着衣：1人でできる・できない・お手伝いがいる（内容：　　）

・脱衣：1人でできる・できない・お手伝いがいる（内容：　　）

☆お風呂

・頻度・時間：（　　回/週）（時間：　　）

・場所：家庭内・その他（　　）

☆歯みがき

・頻度・時間：（　　回/日）（時間：　　）

・使用器具：歯ブラシ・スワブ・ガーゼ・歯みがき粉・その他（　　）

・うがい：できる・できない（方法：　　）

☆身体の動き

・身体の状況

首すわり ・ 寝返り ・ おすわり ・ はいはい ・ つかまり立ち ・ ひとり歩き ・ 走れる

その他（　　）

・利き手：右手・左手・両手

・移動方法：車いす（自操・手動）・バギー・歩行器・杖・その他（　　）

・装具：座位保持・下肢装具・外転装具・頭部保護帽・上肢装具

側彎装具・その他（　　）

☆コミュニケーションのとりかた

表情の変化・体で表現・声を出す・単語が言える・文章を話せる

その他（　　）

苦手なかかわり方：　なし・あり

（内容　　）

☆遊び

・好きなこと（

）

・嫌いなこと（

）

・癖　　（

）

☆所得状況

生活保護世帯・市民税非課税世帯・所得税非課税世帯

☆手帳について

身体障害手帳（　　種　　級）

療育手帳（　A　・　B　　級）

☆手当について

特別児童扶養手当（　1級　・　2級）

障害福祉手当（受給あり）

☆本人および家族の方がPole Poleに希望すること