

# 新型コロナウイルス感染症対策支援に係る事前準備シート（者）

【記入者：相談支援事業所大仏 若草 飛鳥】

<b>《本人情報》</b>		受入日：令和 年 月 日（ ） 市町村名：	
記入日	令和 年 月 日（ ）	市町村 担当者	所 属
フリガナ	ダイワ ハナコ		職・氏名
氏 名	大和 花子	連絡先	電 話：
生年月日	S53 年 5 月 2 日生(42)歳		メー ル：
性 別	男性・ <input checked="" type="radio"/> 女性	マスクの着用 <input checked="" type="radio"/> 可・不可 留意事項(不織布マスクは肌が荒れるため、布マスクを使用)	
住 所：〒□□□□-□□□□ 奈良県・・・		生活歴：(学校名、通所先の事業所など) ・生活介護事業所法隆寺に毎日、通所している。 通所先では、音楽を聴いたり、折り紙を折ったり創作活動を行っている。 ・休日は音楽番組の録画を観たり、両親と散歩や買い物に行ったりして過ごしている。	
電 話：○○○○-△△-××××			
障害名	知的障害(ダウン症候群)		
障害者 手帳	身 体	有(種 級)・無・申請中	
	精 神	有( 級)・無・申請中	
	療 育	<input checked="" type="radio"/> A1 A2 B1 B2	
受給者証	<input checked="" type="radio"/> 有・無		
サービス提供事業所名：生活介護事業所法隆寺		相談支援事業所名：相談支援事業所大仏	
電 話：○○○○-△△-××××		電 話：○○○○-△△-××××	

## 《医療機関情報》

既往歴			
基礎疾患	<input checked="" type="radio"/> 有・無	病 名	1. 慢性呼吸器疾患 2. 慢性心疾患(高血圧を除く) 3. 慢性腎疾患 4. 慢性肝疾患(慢性肝炎を除く) 5. 神経疾患・神経筋疾患 6. 血液疾患 7. 糖尿病 8. 疾患や治療に伴う免疫抑制状態(悪性腫瘍/関節リウマチ・膠原病/内分泌疾患(肥満含む)/消化器疾患/HIV感染症・その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態) 9. 小児科領域の慢性疾患 10. その他( )
服 薬	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	薬剤名	
医療ケア	要・ <input checked="" type="radio"/> 不要	内 容	
かかり つけ医	名 称	奈良医院	
	主治医	○○ ○○○	
	電 話	○○○-△△-××××	
	発熱外来認定医療機関(※)	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
	訪問診療	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
		病気への留意点	
		先天性心疾患を患っていたが、日常生活に問題はない。	

※発熱患者を診察する一般の医療機関を「帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関」として県が認定すると、医療機関は独自の判断でPCR検査や抗原検査を取り扱うことが可能。

## 《日常生活領域情報》

①歩行(屋内移動)	<input checked="" type="radio"/> 可 ・ 困難 ・ 不可	車椅子 ・ 杖 ・ <input checked="" type="radio"/> 独歩 ・ その他( )	
②衣服の着脱	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ 不要	留意点:裏表、前後を整えて渡すと自分で腕や足を通すことができる。	
③装具	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	留意点:	
④食事	食事の介助	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ 不要	留意点:果物の皮をむいたり、部分的な支援が必要。
	形態食	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ 不要	<input checked="" type="radio"/> 刻み食 ・ ムース食 ・ その他( )
	病理食	要 ・ <input checked="" type="radio"/> 不要	腎臓食 ・ 糖尿食 ・ その他( )
	アレルギー	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	アレルギー食材( )
	その他	お箸は使えないためスプーンとフォークを使用している。	
⑤コミュニケーション・スキル	意思表示の手段	トイレの場合や目的の場所などは支援者の手を引いて、連れて行くこととする。	
	意思表示の程度	嫌な時は動こうとしないなど、行動で示すことが多い。	
	意思伝達の理解	二語又程度であれば言葉の理解は可能だが、聞きなれない言葉に関しては写真など視覚的な方法が必要。	
⑥移動	移乗	要介助( )	<input checked="" type="radio"/> 不要
	立ち上がり	要介助( )	<input checked="" type="radio"/> 不要
	座位保持	要介助( )	<input checked="" type="radio"/> 不要
⑦トイレ	排尿・排便	<input checked="" type="radio"/> 要介助 (排便時のふき取りに支援が必要 )	<input type="radio"/> 不要
	その他	生理の際は支援が必要。	
⑧起床・就寝	ベッドへのトランス	要介助( )	<input checked="" type="radio"/> 不要
	整容	<input checked="" type="radio"/> 要介助 (促しがあれば動作は可能だが、不十分なため支援が必要 )	<input type="radio"/> 不要
	その他		
⑨夜間の状況	睡眠	22時頃から6時半頃まで熟睡している。	
	排泄	要介助( )	<input checked="" type="radio"/> 不要
	体位変換	要介助( )	<input checked="" type="radio"/> 不要
	その他		
⑩入浴動作の介助	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ 不要	留意点:一連の動作は可能だが、洗身行為で不十分なため支援が必要。	
⑪服薬管理	<input checked="" type="radio"/> 要 ・ 不要	留意点:服薬時に手のひらに必要な量のせる支援が必要。	
⑫薬剤アレルギー	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	有の場合の薬剤名:	
⑬日常生活の中で落ち着ける環境等にぎやかな環境は苦手であるが、好きな音楽(ジャニーズ系)が流れていれば楽しそうに過ごすことができる。			
⑭行動上の問題点と対応 嫌なときはその場から動こうとしないため、どこに行くのかなど先の見通しを視覚的に伝える必要がある。			
⑮緊急時の医療的対応 かかりつけ医に相談してほしい。			
⑯留意点等			

上記の内容について、

市 町 村 及び支援機関に提供することに同意します。

本人氏名:

印