

# つむぎ

## オフションシート



# オフションシート

- A 子育てエピソード
- B まんなかマップ
- C 生活リズム
- D 成長グラフ
- E 相談・検査・病院受診の記録
- F 制度の利用状況(手帳・手当など)
- G 補装具・福祉用具・自助具



- H 医療情報(既往歴・体質)
- I 医療情報(薬)
- J 医療情報(アレルギー)
- K 医療情報(発作)
- L 医療情報(特別な医療・処置)
- M 基本シートの簡易版・補足版
- N 暮らしにくさのチェックシート  
(子ども用・大人用)

# Aシート 子育てエピソード (写真などを貼って自由に作成しましょう)

年 月 日 ( 歳)



年 月 日 ( 歳)



年 月 日 ( 歳)



年 月 日 ( 歳)



# Aシート 子育てエピソード

(写真などを貼って自由に作成しましょう)

年 月 日 ( 歳)



年 月 日 ( 歳)



年 月 日 ( 歳)



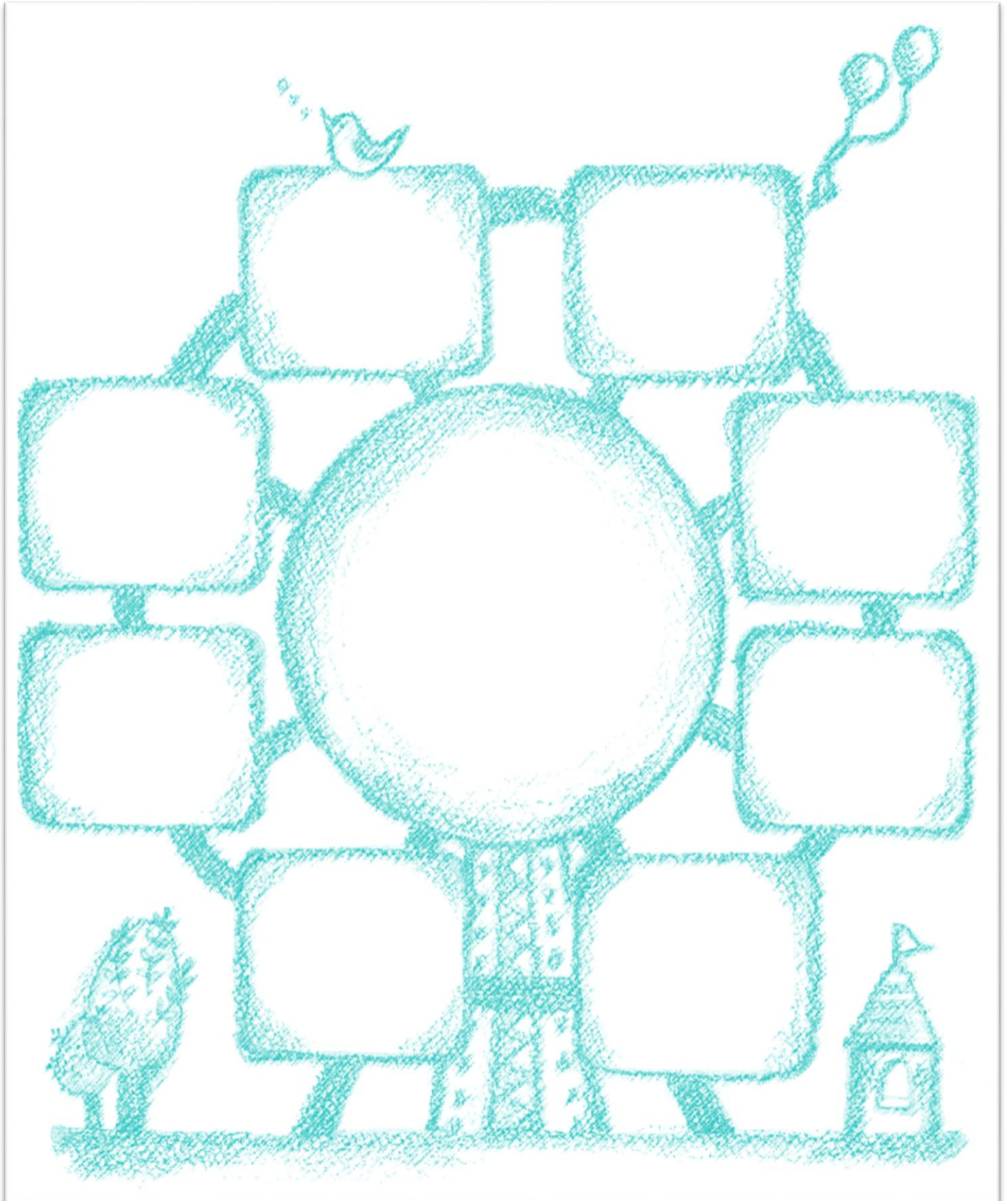
年 月 日 ( 歳)





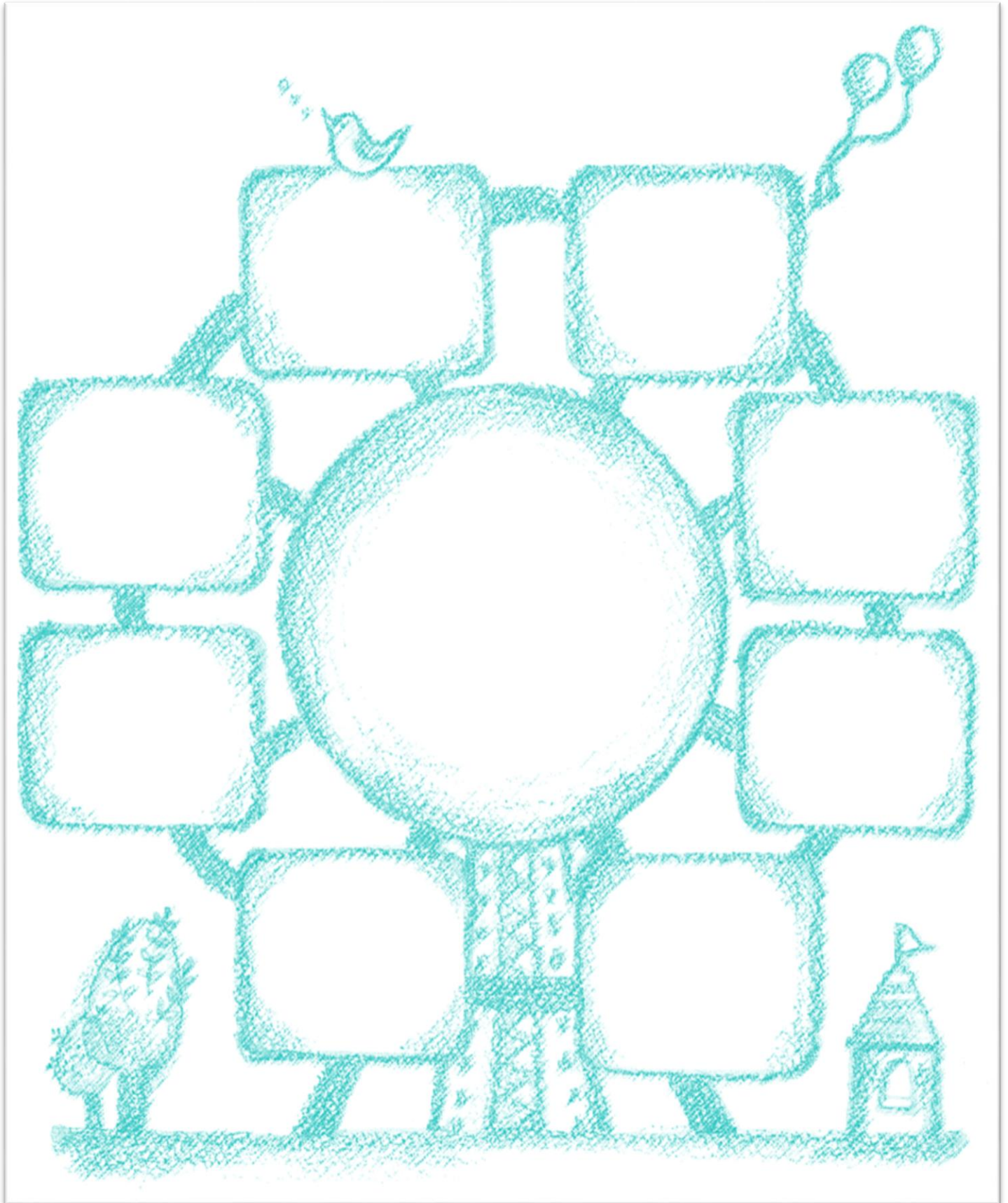
# B まんなかマップ

作成： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日



# B まんなかマップ

作成： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日



# Cシート 生活リズム（現在の生活）



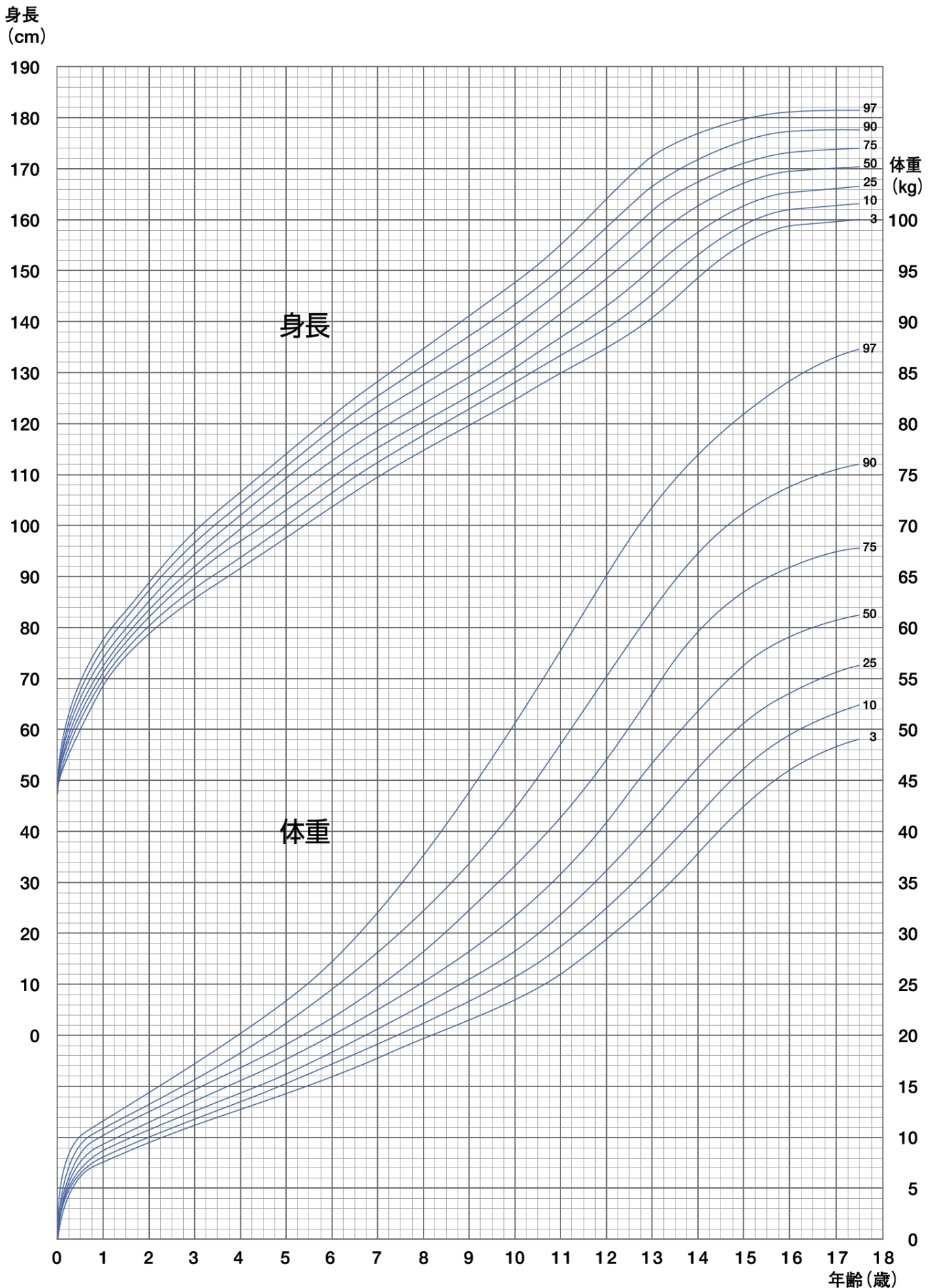
氏名 \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

	6時	12時	18時	0時
月曜日				
火曜日				
水曜日				
木曜日				
金曜日				
土曜日				
日曜日				
自由記述欄				



# Dシート 成長グラフ (男子)



厚生労働省「楽しく食べる子どもに～食からはじまる健やかガイド～<成長曲線を描いてみましょう>」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s0219-4.html>



# Dシート 成長グラフ (女子)



身長  
(cm)

190

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

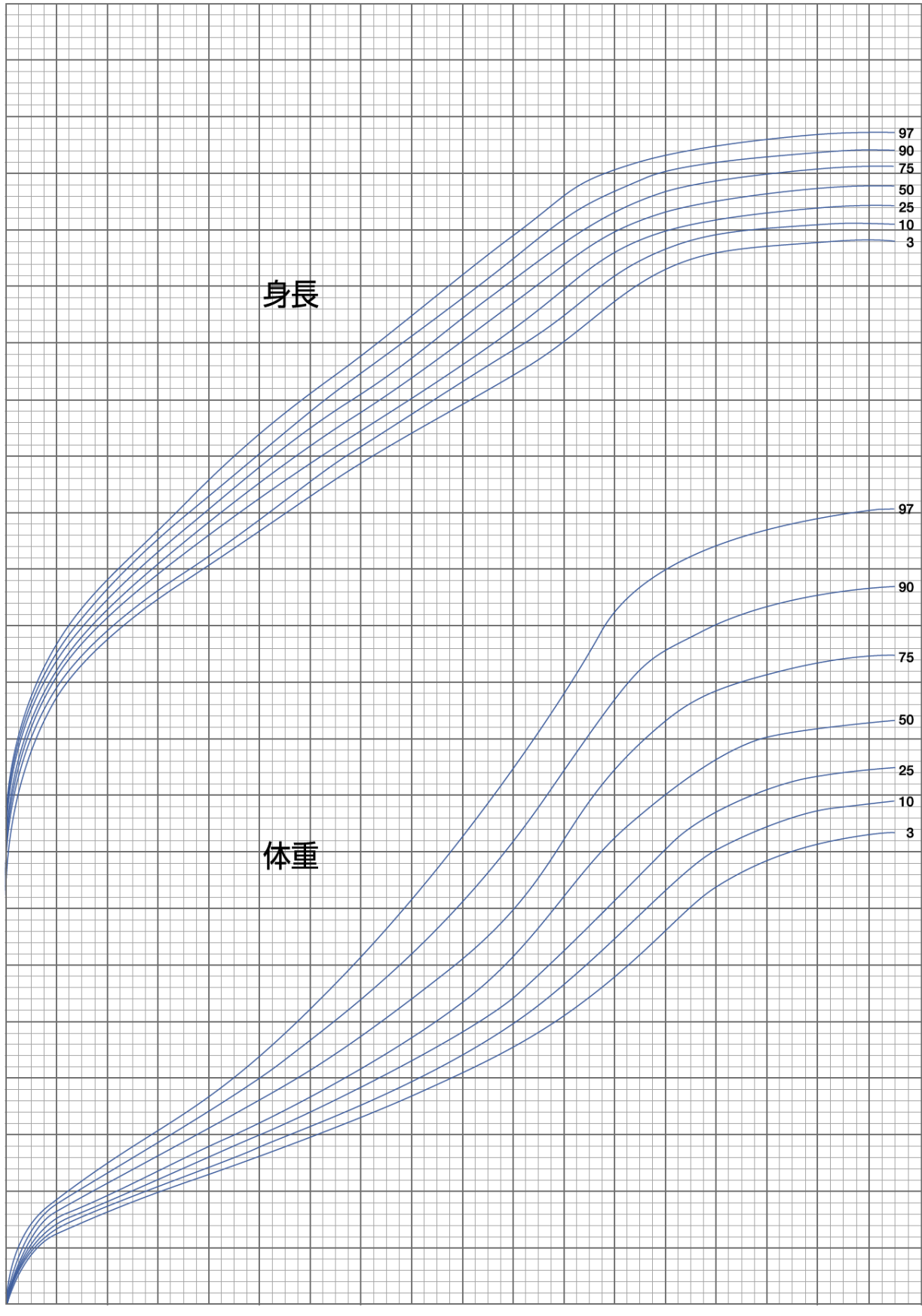
40

30

20

10

0



体重  
(kg)

100

95

90

85

80

75

70

65

60

55

50

45

40

35

30

25

20

15

10

5

0

身長

体重

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

年齢(歳)

厚生労働省「楽しく食べる子どもに～食からはじまる健やかガイド～<成長曲線を描いてみましょう>」

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/02/s0219-4.html>

# Eシート 相談・検査・病院受診・訓練等の記録

氏名 \_\_\_\_\_

相談等年月日	機 関 名 等		内 容 等
	( 相談センター・病院・事業所・行政機関等 )		
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			



# Eシート 相談・検査・病院受診・訓練等の記録

氏名 \_\_\_\_\_

相談等年月日	機 関 名 等		内 容 等
	( 相談センター・病院・事業所・行政機関等 )		
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			
年 月 日	機関名等		
本人 歳	担当者		
同行者氏名	☎ ( ) ー		
本人との関係			





※利用状況や手続きの時期など必要事項を書いておきましょう

手帳	療育手帳	種類 ( A ・ B )	番号 ( )		
	(有・無)	交付年月日	年 月 日		
	身体障害者手帳	種類 ( 種 級 )	番号 ( )		
(有・無)	交付年月日	年 月 日	障害名(病名)		
精神障害者手帳	種類 ( 級 )	番号 ( )			
(有・無)	交付年月日	年 月 日			
医療の給付・助成	<input type="checkbox"/> 自立支援医療(更正医療、育成医療、精神通院医療)		取得年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患・特定疾患		取得年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療助成制度(マル重)		取得年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> その他		取得年月日	年 月 日	
自立支援給付	<input type="checkbox"/> 介護給付(居宅介護、行動援護、短期入所など)			支給決定期間	年 月 日～
	内容；				年 月 日
	障害支援区分	非該当	1 2 3 4 5 6	有効期間	年 月 日～ 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 訓練等給付(自立訓練、就労移行、就労継続、グループホームなど)			支給決定期間	年 月 日～
	内容；				年 月 日
<input type="checkbox"/> 補装具			交付日	年 月 日	
内容；					
地域生活支援事業	<input type="checkbox"/> 移動支援			交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴			交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援			交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 日常生活用具の給付			交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> その他			交付日	年 月 日
その他の福祉制度の利用	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当			交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当			交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金	<input type="checkbox"/> 障害厚生年金	( 級)	交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 交通費助成(タクシー券等)			交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 有料道路割引証			交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 駐車禁止除外指定標章			交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 特別障害給付金			交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 福祉灯油			交付日	年 月 日
	<input type="checkbox"/>			交付日	年 月 日
<input type="checkbox"/>			交付日	年 月 日	

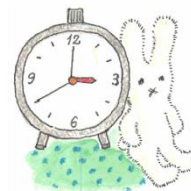


# Gシート 補装具・福祉用具・自助具

氏名 \_\_\_\_\_

補装具名（種類） 福祉用具名	使用開始	業者名	住所連絡先	担当名
頭部保護帽	年 月			
メガネ・コンタクト	年 月			
補聴器（左・右）	年 月			
上肢装具（左・右）	年 月			
下肢装具（左・右）	年 月			
足底版（左・右）	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			
	年 月			

その他（使用中の写真など自由に貼ってください）



※車いす、義肢、座位保持装置、義眼、盲人安全杖、歩行器、歩行補助杖、意思伝達装置、スプーン、箸など

## 住環境

自宅（単身）	自宅（家族同居）	グループホーム	ケアホーム	入所施設	病院
その他（ ）		一戸建て	アパート	その他（ ）	
玄関	段差（有・無）	cm／	手すり（有・無）	特記事項	
トイレ	段差（有・無）	cm／	手すり（有・無）		
浴室	段差（有・無）	cm／	手すり（有・無）		
本人の部屋（専用・兼用）		ベッド（電動・ギャッジ・普通）布団			
スロープ・段差解消機等の利用等について					

# Hシート 医療情報【受診機関・既往歴・体質等】



## 1 保険等

氏名 \_\_\_\_\_

健康保険証記号番号	医療受給者証等（乳幼児・自立支援医療等）		
（国保・社保・その他）	公費負担者番号		受給者番号

## 2 かかりつけ医療機関・診療科名・主治医等

医療機関名		所在地	
診療科名・主治医		電話番号	
医療機関名		所在地	
診療科名・主治医		電話番号	
医療機関名		所在地	
診療科名・主治医		電話番号	
医療機関名		所在地	
診療科名・主治医		電話番号	

## 3 既往歴（今までかかった大きな病気・ケガ等）

病名	かかった時期	治療機関／主治医
	年 月 歳頃	
	年 月 歳頃	
	年 月 歳頃	
	年 月 歳頃	
	年 月 歳頃	

## 4 いつもの様子

身長	cm	体重	kg
平熱	℃	配慮事項	なし・あり（ ）
安静時脈拍	回／分	配慮事項	なし・あり（ ）
呼吸	回／分	配慮事項	なし・あり（ ）
血圧	最高血圧	配慮事項	なし・あり（ ）
	最低血圧		

## 5 体質等について（該当するものの口に✓をつけてください）

<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> 風邪をひきやすい	<input type="checkbox"/> のどが腫れやすい	<input type="checkbox"/> ゼイゼイしやすい
<input type="checkbox"/> 発熱しやすい	<input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまりが多い	<input type="checkbox"/> 嘔吐しやすい	<input type="checkbox"/> 疲れやすい
<input type="checkbox"/> 下痢をしやすい	<input type="checkbox"/> 便秘しやすい	<input type="checkbox"/> 目やにがよく出る	<input type="checkbox"/> 耳垂れが出やすい
<input type="checkbox"/> 乗り物に酔いやすい	<input type="checkbox"/> 虫歯がある	<input type="checkbox"/> 体温調節が困難	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 皮膚が弱い（かぶれやすい）【部位】			
<input type="checkbox"/> 関節がぬげやすい【部位】肘・肩・股関節・その他			（左・右）
<input type="checkbox"/> アレルギーがある（アトピー、花粉、動物、薬、食物、その他）			
<input type="checkbox"/> 発作がある（てんかん、喘息、その他）			
<input type="checkbox"/> その他（ ）			

※アレルギー、発作についての詳細はJ・Kシートに記入のこと

# シート 医療情報 【薬関係】



氏名 \_\_\_\_\_

## 1 薬の状況等

※お薬説明書コピー貼り付け可

薬名・服薬機関	薬の内容（処方目的）	服薬状況・配慮すること
年 月～ 年 月		服薬状況 飲み方・飲ませ方など
年 月～ 年 月		服薬状況 飲み方・飲ませ方など
年 月～ 年 月		服薬状況 飲み方・飲ませ方など
年 月～ 年 月		服薬状況 飲み方・飲ませ方など
年 月～ 年 月		服薬状況 飲み方・飲ませ方など
年 月～ 年 月		服薬状況 飲み方・飲ませ方など
年 月～ 年 月		服薬状況 飲み方・飲ませ方など
年 月～ 年 月		服薬状況 飲み方・飲ませ方など
年 月～ 年 月		服薬状況 飲み方・飲ませ方など
年 月～ 年 月		服薬状況 飲み方・飲ませ方など

## 2 飲んではいけない薬（きんきやく禁忌薬）

薬の名前	薬の内容（作用・症状等）



氏名 \_\_\_\_\_

1 アレルギーの内容

食べ物	<input type="checkbox"/> 鶏卵	<input type="checkbox"/> 乳・乳製品	<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> エビ・カニ
	<input type="checkbox"/> そば	<input type="checkbox"/> 魚（                      ）		<input type="checkbox"/> 魚卵
	<input type="checkbox"/> 果物（                      ）		<input type="checkbox"/> その他（                      ）	
植 物	<input type="checkbox"/> スギ・ヒノキ	<input type="checkbox"/> イネ科	<input type="checkbox"/> ブタクサ	<input type="checkbox"/> ウルシ
	<input type="checkbox"/> イチョウ	<input type="checkbox"/> アロエ	<input type="checkbox"/> その他（                      ）	
動 物	<input type="checkbox"/> 犬	<input type="checkbox"/> 猫	<input type="checkbox"/> その他（                      ）	
その他	<input type="checkbox"/> ハウスダスト	<input type="checkbox"/> 金属	<input type="checkbox"/> 薬（                      ）	
	<input type="checkbox"/> ラテックス（ゴム）	<input type="checkbox"/> 蜂	<input type="checkbox"/> その他（                      ）	

2 主治医による指示や制限

<input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> あり	⇒	内 容

3 薬

<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり                      ※薬の名称（                      ）

4 アナフィラキシー反応

<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり   種類；   食物            医薬品           ラテックス           蜂           その他（                      ）
内容；

5 緊急時の対応

緊急時の対応方法；
緊急連絡医療機関；
○病院名
○受診科名
○担当医
○電話番号           （                      ）—                      —
○IDカード No.



# Kシート 医療情報【発作に関すること】



氏名 \_\_\_\_\_

## 1 発作の内容

- てんかん
- 喘息
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 2 発作の具体的状況

発作の前兆；

発作の様子；

発作時の対応方法；

## 3 発作の頻度

- 1日に\_\_\_\_回くらい
- 1週間に\_\_\_\_回くらい
- 1ヶ月間に\_\_\_\_回くらい
- 1年に\_\_\_\_回くらい
- その他\_\_\_\_\_に\_\_\_\_回くらい

## 4 服薬

なし       あり 内容；

## 5 緊急時の対応

緊急時の対応方法

緊急連絡医療機関

- 病院名
- 受診科名
- 担当医
- 電話番号
- ID カード No.

# シート 特別な医療・処置・配慮



氏名 \_\_\_\_\_

特別な医療や処置について【 医療的処置 】該当するもののにをつけてください。

<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 経過栄養（胃瘻・鼻腔）	<input type="checkbox"/> 導尿
<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> インスリン注射
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
<input type="checkbox"/> 体位交換	（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> 褥創の処置（床ずれ）	【 部位： _____ 】	
<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> 吸引処置	（ _____ 回／日 _____ 一時的 _____ 継続的 _____ ）	
<input type="checkbox"/> モニター測定	（ 酸素飽和度 ・ 血圧 ・ 心拍 ・ その他（ _____ ） ）	
<input type="checkbox"/> カテーテル	（ 留置 ・ コンドーム型 ・ その他（ _____ ） ）	
<input type="checkbox"/> その他	（ _____ ）	

<p>安全な処置や対応のための 留意事項 （注意してほしいこと、 支援してほしいことなど）</p>	
---	--



# Mシート 基本シート補足版①

〈幼稚園・保育園・こども園・療育教室での様子〉

年 月 日記入

所 属		記録者	職名： 氏名：
-----	--	-----	------------

	現在の様子	サポート
食 事		
衣服着脱		
排 泄		
睡 眠		
ことば (言語理解・発語)		
コミュニケーション (大人と・子どもと)		
遊びの様子 体の動き		
手の操作		
好きなこと		
苦手なこと		
癖・こだわり		
感 覚		
かんしゃく パニック		

# Mシート 基本シート補足版②



## <学校での様子>

学校名		学年・所属クラス	記入月日 年 月 日 ( 学期)
-----	--	----------	------------------------

	現在の状況	支援内容	支援後の状況
学習面			
生活面			
自由記述欄			



# Mシート 基本シート補足版③

<家庭での様子>

所属： \_\_\_\_\_ ( 年生)

年 月 日記入

食 事	<input type="checkbox"/> 全面介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立
	食事量 <input type="checkbox"/> 多い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少ない	
	食事形態 <input type="checkbox"/> 経管	<input type="checkbox"/> ソフト食	<input type="checkbox"/> ミキサー食 (とろみ 有 無)	
	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> 普通食		
	アレルギー <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無		
好き嫌い <input type="checkbox"/> 有 ( )	<input type="checkbox"/> 無			
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 全面介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 声かけのみ	<input type="checkbox"/> 自立
排 泄	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> 紙パッド	<input type="checkbox"/> トレーニング中	<input type="checkbox"/> 自立
	<input type="checkbox"/> 予告しない	<input type="checkbox"/> 知らせるが介助が必要		<input type="checkbox"/> おもらしがある
	<input type="checkbox"/> 用便できるがふき取れない	<input type="checkbox"/> 浣腸	<input type="checkbox"/> 服薬 ( )	
	<input type="checkbox"/> 夜のみ紙パンツ使用			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 発語なし	<input type="checkbox"/> 話しかけに反応	<input type="checkbox"/> 片言を話す	
	<input type="checkbox"/> 単語を言える	<input type="checkbox"/> 簡単な会話ができる	<input type="checkbox"/> 会話ができる	
	<input type="checkbox"/> 視覚シンボルの利用 ( 現物 写真 絵カード		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> 身ぶり・表情	<input type="checkbox"/> 視線	<input type="checkbox"/> トーキングエイド	
	話しかけについて <input type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> 少しできる	<input type="checkbox"/> 大体理解できる	
		<input type="checkbox"/> 理解できない		
移 動	<input type="checkbox"/> 全面介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 自立
	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ウオーカー	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> その他 ( )
性 格				
好きなこと・もの 好きな遊び				
苦手なこと 避けてほしいこと				
癖・こだわり				
感 覚 (過敏・鈍感)				
好ましい かかわり方				

# Nシート 1-1 暮らしにくさのチェックシート【発達】

氏名 \_\_\_\_\_

【乳幼児】 当てはまるものの口に✓をしてください。 記入日； 年 月 日

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 人見知りをしない         | <input type="checkbox"/> 抱きにくい子だった      |
| <input type="checkbox"/> あやしても喜ばない        | <input type="checkbox"/> 視線が合いにくい       |
| <input type="checkbox"/> おとなしくて手がかからない    | <input type="checkbox"/> 睡眠が不規則         |
| <input type="checkbox"/> 母親を視線で追わない       | <input type="checkbox"/> 音がしても知らんぷりする   |
| <input type="checkbox"/> 耳をふさぐことが多い       | <input type="checkbox"/> 指さしをしない        |
| <input type="checkbox"/> 落ち着きがない          | <input type="checkbox"/> 気が散りやすい        |
| <input type="checkbox"/> 何事も立てない          | <input type="checkbox"/> かんしゃくをよく起こす    |
| <input type="checkbox"/> 他の子どもによくちょっかいを出す | <input type="checkbox"/> 一人遊びが好き        |
| <input type="checkbox"/> 集団での行動が苦手        | <input type="checkbox"/> 母親が家から離れるのを嫌がる |
| <input type="checkbox"/> 座っていてももじもじする     | <input type="checkbox"/> 忘れ物が多い         |



その他 ( \_\_\_\_\_ )

※ 好きな活動・得意な活動(遊び) 例) ビデオを見ること、パズルをすること  
( \_\_\_\_\_ )

※ 苦手な活動 例) おにごっこ・朝のあつまり  
( \_\_\_\_\_ )

※ 園行事(運動会・お遊戯会など)への参加

一人で参加     先生と一緒に参加     保護者と一緒に参加     参加は苦手

【小学校・小学部】 当てはまるものの口に✓をしてください。 記入日； 年 月 日

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 言葉による指示が伝わりにくい                 | <input type="checkbox"/> 大人びた話し方、行動がある |
| <input type="checkbox"/> とても得意なことがある一方で極端に苦手な事がある       | <input type="checkbox"/> 冗談を本気で受け止める   |
| <input type="checkbox"/> 友達と一緒に空間にいても、一人で遊ぶことが多い        | <input type="checkbox"/> 特定のものに執着がある   |
| <input type="checkbox"/> 学習課題や活動に必要な物をよく無くしてしまう         | <input type="checkbox"/> じっとしていない      |
| <input type="checkbox"/> 自分なりの独特な日課や手順があり、変更や変化を嫌がる     | <input type="checkbox"/> 日々の活動で忘れっぽい   |
| <input type="checkbox"/> 課題や遊びの活動で注意をし続けることが難しい         | <input type="checkbox"/> 座っているべき時に立ち歩く |
| <input type="checkbox"/> いすに座っていても足や手がもじもじ動いている         | <input type="checkbox"/> 順番を待つことが難しい   |
| <input type="checkbox"/> 周りの人が困惑するようなことも、遠慮しないで言うことがある  |  |
| <input type="checkbox"/> 面と向かって話しかけられているのに、聞いていないように見える |  |

※ 好きな活動や科目・得意な科目や活動 例) 算数の計算、国語の漢字の書き取りなど  
( \_\_\_\_\_ )

※ 苦手な科目や活動 例) 算数の文章問題  
( \_\_\_\_\_ )

# Nシート 1-2 暮らしにくさのチェックシート【発達】

氏名 \_\_\_\_\_

【 中学校・中学部 】 当てはまるものの□に✓をしてください。 記入日； 年 月 日

<input type="checkbox"/> 他の人とトラブルになることがある	<input type="checkbox"/> 年齢相応の友だち関係がない
<input type="checkbox"/> 複数の人と一緒に話をするのが苦手	<input type="checkbox"/> 理屈っぽい話し方をする
<input type="checkbox"/> 話しがかみ合わないことがある	<input type="checkbox"/> 片付けが苦手
<input type="checkbox"/> 作業を計画的に進めることが苦手	<input type="checkbox"/> 不器用さが目立つ
<input type="checkbox"/> ミスが多い	<input type="checkbox"/> 予定外の出来事に対して対応が苦手
<input type="checkbox"/> カットなりやすい	<input type="checkbox"/> 人の騙されやすい
<input type="checkbox"/> 気分の落ち込み、高揚等の差が激しい	
※ 学校に行きたがらない時が時々ある（不登校含む）	
<input type="checkbox"/> ある（いつ頃； _____）	<input type="checkbox"/> ない
※ いじめを受けたことがある（いじめを受けている）	
<input type="checkbox"/> ある（ _____）	<input type="checkbox"/> ない
※ 一緒に遊ぶ友達がいる	
<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> 以前はいた（いつ頃； _____）
	<input type="checkbox"/> ない

【 15歳以上 】 当てはまるものの□に✓をしてください。 記入日； 年 月 日

<input type="checkbox"/> たとえ話を本気に取る	<input type="checkbox"/> 他人の意図を読み取れない
<input type="checkbox"/> 表情や身ぶりに鈍感	<input type="checkbox"/> 友だちがいない、できない
<input type="checkbox"/> 他人の気持ちに共感できない	<input type="checkbox"/> 頑固である
<input type="checkbox"/> 社会常識やマナーがなかなか身につかない	<input type="checkbox"/> 決まりを守りたがる
<input type="checkbox"/> こだわりが強い、興味関心が偏っている	<input type="checkbox"/> 気持ちの切り替えが下手
<input type="checkbox"/> 一定の作業を正確に緻密にこなせる	<input type="checkbox"/> 例外や間違いを許せない
<input type="checkbox"/> 習慣が崩れるとひどく混乱する	<input type="checkbox"/> 特定のことにしか楽しめない
<input type="checkbox"/> 因果関係を決めてかかる	<input type="checkbox"/> 生活パターンを守りたがる
<input type="checkbox"/> 一度できたことができないと腹を立てる	<input type="checkbox"/> 感情表現が下手
<input type="checkbox"/> 人の表情から感情を読み取れない	<input type="checkbox"/> 嘘がつけない
<input type="checkbox"/> ジェスチャーでのやり取りが困難	<input type="checkbox"/> 見通しが立てられない
<input type="checkbox"/> 新しい出会いを好まない	<input type="checkbox"/> 手先が不器用
<input type="checkbox"/> 肌の感覚や聴覚が過敏	<input type="checkbox"/> 単独行動をとる
<input type="checkbox"/> 身だしなみに無頓着	



**Nシート 2-1** 暮らしにくさのチェックシート【身体障害・肢体不自由】 氏名 \_\_\_\_\_

【日常生活動作】当てはまるものの口に✓をしてください。 記入日： 年 月 日

動作		自立の程度				介護状況・補助具等
寝返り		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> できない		※四つ這いができる
起き上がり	布団	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> できない		
	ベッド	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> できない		
立ち上がり	ベッド	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> できない		
	いす	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> できない		
	床	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> できない		
座位保持	いす	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自分で支えれば可 <input type="checkbox"/> えが必要	<input type="checkbox"/> できない		補装具等の使用
	床	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 自分で支えれば可 <input type="checkbox"/> えが必要	<input type="checkbox"/> できない		※あぐらができる
立位保持		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない		
移乗	車いす	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	便座	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	いす	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	車の座席	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
移動	ベッド上	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	屋内	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	屋外	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
着脱	上着	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	ズボン	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		日 回 尿意（有・時々・無）
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		日 回 便意（有・時々・無）
	失禁・便通	失禁； 無 ・ 時々 ・ 常時			便通； 普通 ・ 便秘 ・ 下痢	
	間接支援	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 全面的支援が必要 <input type="checkbox"/> 部分的支援が必要		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 便器・尿器 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ	
入浴	浴槽の出入	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	洗髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	





# Nシート 2-2



食 事	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	自助具の使用（有・無） スプーン・フォーク・箸
	飲 水	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	嚥 下	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 軟食	<input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> ミキサー食	<input type="checkbox"/> 経管栄養
	食事内容	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 特別食（ ）				
	栄養バランス	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部助言が必要 <input type="checkbox"/> 全面的に支援が必要 栄養状態；				
整容・清 潔	歯みがき <input type="checkbox"/> 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	自助具の使用等
	つめ切り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	洗顔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	手洗い	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	ひげそり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	整髪	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	衣服の用意 コーディネート	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
I-ADL	洗 濯	洗う	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	留意点・頻度
		干す	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		たたむ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		収納	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	掃除	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	整理・整頓	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	調理・配膳 片付け	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	電話利用	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	ベッドメイキング	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	布団の上げ下ろし	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	ゴミの分別	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
コミュニ ケーション スキル	意思の表示	<input type="checkbox"/> 話しことば <input type="checkbox"/> 書きことば <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> トーキングエイド <input type="checkbox"/> 視覚シンボル（ <input type="checkbox"/> 現物 <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 写真 ）などの指さし <input type="checkbox"/> 身ぶり・表情 <input type="checkbox"/> 視線 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	意思の疎通性	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時として通じない <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> 通じない				

