

記入日（平成 年 月 日）

氏名（ ）

**身体状況**

**現在の状態**

**必要な介助や医療ケア**

**医療的ケアの有無**

ケアの内容

注意すること等

\*以前していた時、  
↓終了した時チェック

人工呼吸器

しなくなった

経鼻栄養

しなくなった

胃ろう

しなくなった

酸素投与

しなくなった

導尿

しなくなった

気管切開

しなくなった

吸引

しなくなった

その他

しなくなった

障害・医療ケアのある身体の部位、補装具を使用されている部位を図に示してください。

V-パンツ

頭部保護帽

人工呼吸器

酸素

メガネ

経鼻栄養

コンタクト 右 左

気管切開

補聴器 右 左

胃ろう

注入

輸液

導尿

上肢装具 右 左

( )

**外見上のこと**

口蓋裂

多指症（手の指）右 左

多趾症（足の指）右 左

下肢装具 右 左

( )

足底板 右 左

靴型装具 右 左

福祉用具；  車イス  バギー  座位保持装置  起立保持具  歩行器  カーシート

その他（ ）