

生活の様子【 年 月 日 (歳 か月現在) 】

1) 家庭での過ごし方、工夫していること・介助にあたり配慮してほしいこと

遊び	
お気に入りのこと (もの) など※	
食事 ※現在の状況は4)	
口腔ケア ※	
排泄 ※現在の状況は4)	
入浴	
着脱衣	
就寝	
好きな体位 ※	
落ちつく物や 方法など ※	
不安時の様子	
※写真を添付 その他 (照明・騒音・室 温・スペース確保な ど配慮点を記載)	

2) 一日の流れ（食事や水分補給、入浴、排泄など）

	本人	※保護者・支援者の動き 等
0:00		
1:00		
2:00		
3:00		
4:00		
5:00		
6:00		
7:00		
8:00		
9:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		
0:00		

4) 現在の状況【 年 月 日 (歳 か月現在) 】

運動機能	<input type="checkbox"/> 臥床状態 <input type="checkbox"/> 首のすわりなし <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返りをしない <input type="checkbox"/> 寝返りをする <input type="checkbox"/> 支えがあればすわっている <input type="checkbox"/> 支えなしですわっている <input type="checkbox"/> 背ばいで移動する <input type="checkbox"/> 腹ばい、または四つ這いで移動する <input type="checkbox"/> 膝で立つ <input type="checkbox"/> 膝立ちで移動する <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 一人で立つ <input type="checkbox"/> つたい歩きをする <input type="checkbox"/> 一人で歩く <input type="checkbox"/> その他
麻痺	<input type="checkbox"/> あり (具体的な症状: _____) <input type="checkbox"/> なし
移動手段	<input type="checkbox"/> バギーで移動 <input type="checkbox"/> 車イスで移動 <input type="checkbox"/> 電動車イスで自走 <input type="checkbox"/> 車イスで自走 <input type="checkbox"/> 支えられて歩く <input type="checkbox"/> 歩行器で歩く <input type="checkbox"/> 一人で歩く <input type="checkbox"/> その他 (_____)
食事	<input type="checkbox"/> 注入 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶で飲む <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶で飲む <input type="checkbox"/> 介助は必要だが自分で食べようとする <input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 1回の食事時間 (_____ 分) 回/日
食事の姿勢	
経口での食事形態	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶使用 <input type="checkbox"/> ミキサーにする <input type="checkbox"/> 柔らかく調理して食べる <input type="checkbox"/> 家族と同じものを刻む <input type="checkbox"/> おかずは家族と同じものを食べる <input type="checkbox"/> 主食はご飯・お粥 <input type="checkbox"/> その他
食事用具	<input type="checkbox"/> スプーン使用 <input type="checkbox"/> フォークで刺して食べる <input type="checkbox"/> 箸で食べる <input type="checkbox"/> その他 (自助具等)

5) 福祉用具・自助具の利用状況

福祉用具・自助具の利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉
種類	〈具体的な状況〉