　セルフチェックシート（再アセスメントシート）　（　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日）



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 特別な呼び名 |  | | | 生年月日 | | |  |
| 病名 |  | |  | | 要支援要介護認定  支援区分認定  認定期間 | | | | | |
| 主病院 | |  | | | 主治医 | | |  | | |
| その他の医療機関など | |  | | | | | | | | |
| サービス利用  上限額 | | 福祉サービス（介護給付　　　　円　地域生活支援事業　　　　　円）  介護保険（　　　　　　円）　医療保険（　　　　　　　円）  高額医療療養費（　　　　　　　円）高額医療介護療養費合算（　　　　　　　円） | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 | | 有　無　　　種　　　級 | | | 障害名 |  | | | | |
| 療育手帳 | | 有　無　　Ａ　Ｂ　判定 | | | 精神保健手帳 | | | | 有　無　　　級 | |
| 障害福祉サービス受給者証 | | <子育て支援>  子育て支援課　　担当CW　　　　　担当保健師  市町村　　　　　地区担当保健師  <市町村レスパイト事業>  ＜サービス種別　と　支給量　（事業所名は週間スケジュールに記載）＞  居宅介護：身体　　時間　　　家事　　時間　　通院　　時間  重度訪問介護　　　時間　　　　重度障害者等包括支援　　　　単位  同行援護　　　時間（通院　　　時間　通学通所　　　時間）  行動援護　　　時間（通院　　　時間　通学通所　　　時間）  移動支援：移動介護　　　時間　通学通所支援　　　時間  生活介護　自立訓練：　　　　日　　就労移行支援　就労継続支援　　　　　　日  地域活動支援センター：デイ型・作業所型・精神作業所型・精神障害者支援センター  　　　　　　　　　　　中途障害者地域活動センター型　　　　　　　　日  短期入所：福祉型・医療型（療養介護　重症心身障害児　遷延性障害児者）  　　　　日（一部日中のみの利用も可）    日中一時　4時間未満（1／4日）4時間以上8時間未満（2／4日）8時間以上（3／4日）  　　　　　日数換算　　　日  共同生活援助（グループホーム）：介護サービス包括型・外部サービス利用型　　　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　体験利用　　　　日  児童発達支援事業：医療型児童発達支援　　　　　　日  児童発達支援センター（地域療育支援センター通園など）　　　日  放課後等デイサービス　　　　　日  ＜相談支援事業所：　　　　　　　　　　相談支援専門員氏名　　　　　　　　　　　＞  地域相談支援：移行支援・定着支援  障害児相談支援（障害児支援利用計画作成）：　障害児支援利用援助  継続障害児支援利用援助  日常生活用具給付  補装具  コメント | | | | | | | | |
| 医療助成 | | 重心　特疾　小慢　乳幼児　母子　生保　精神　原爆　生保　その他（　　　　　） | | | | | | | | |
| 手当  経済状況 | | 特別児童扶養手当　有　無　：　障害児福祉手当　有　無　：　特別障害者手当　有　無  その他  合計金額 | | | | | | | | |
| 障害基礎年金　有　無　（　　級）　：　心身障害者扶養共済制度加入　有　無  合計金額  その他収入に関する事：  ローンなど支払いが必要な事： | | | | | | | | |
| 重症児スコアー | | 超重症児　　　準超重症児 | | | | | | | | |
| 特別管理が必要な医療機器など | |  | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 暮らしに対する本人の気持ち  大好きなこと  嫌な事 |  |
| 暮らしに対する家族の気持ち  子育てに対する気持ち |  |



|  |  |
| --- | --- |
| 家族の力  子育ての力  居住環境  を考慮した法人として・事業所として・スタッフとしての支援の方向 |  |
| 治療方針 |  |
| 治療に対する家族への説明又は家族の受け止め |  |
| 大まかな体調  （　　年　　月～　年　　月） | 体調が良い時  体調不良の時 |



|  |  |
| --- | --- |
| 発達検査 | 必要性　有　無　：　実施　有（Ｈ　年　月　日）無　：　データー　有　無  検査種類 |
| フォーカスシート（選んだシートを記入） |  |
| 起居動作  　寝返り　起き上がり  　座位　立位など | ＊低年齢は発達検査に含まれる |
| 移動・移乗 |  |
| 食事 |  |
| 排泄 |  |
| 清潔：スキンケア |  |
| 更衣 |  |
| 睡眠 |  |
| 内服薬 | 定期薬  頓服薬  飲ませ方 |
| コミュニケーション  　　取り方  　　受け方 |  |
| 活動・行動・こだわり  　好きなこと  　困ること  　嫌いなこと  　　　　　　など |  |
| 緊急用シート  関連図 | 有　無　（Ｈ　　年　　月　　日見直し）  有　無　（H　　年　　月　　日見直し） |
| その他書類チェック | * 契約書　重要事項説明書　□初回アセスメントシート   □フェイスシート（看護記録書１）  □ケア会議記録  □緊急時シート　□災害時シート  □日報（看護記録書２）　□ケア会議記録　□看護リハ手順   * ファイミリーシート　□週間スケジュール（月間スケジュールも含む） * 年間スケジュール調整表　□大きな見通しシート　□全身図 * 項目立てシート * 年間スケジュール調整表 * 訪問看護リハ計画書　□訪問看護リハ報告書　□利用者用看護リハ計画書 * 学生実習同意 |
| 記載者 | スタッフ名 |
| 記載日 | Ｈ　　　　年　　　月　　　日 |



スペース　なる