

氏名 _____

身体機能について記載してください。			
移動手段	自分で歩行 ・ 装具をつけて歩行 ・ 杖を使用 その他 ()		
	車椅子使用の方 : 車椅子の種類 (自走式 ・ 電動) 車椅子の使用 (自走可 ・ 要介助)		
移乗	自立 ・ 見守り ・ 介助 (具体的に)		
食事	自立 ・ 見守り ・ 介助 (具体的に)		
トイレ	自立 ・ 見守り ・ 介助 (具体的に)		
入浴	自立 ・ 見守り ・ 介助 (具体的に)		
洗髪	自立 ・ 見守り ・ 介助 (具体的に)		
着替え	自立 ・ 見守り ・ 介助 (具体的に)		
その他お手伝いが必要なことがありましたら記載してください			
医療的ケアについて、該当するもの及びセルフケアの状況を記載ください。			
内服	自立 ・ 見守り ・ 介助 (具体的に) ・ 内服なし		
注射	自立 ・ 見守り ・ 介助 (具体的に) ・ 注射なし		
点眼	自立 ・ 見守り ・ 介助 (具体的に) ・ 点眼なし		
薬剤管理	自己管理 ・ スタッフ管理		
薬剤の詳細 ※頓用も含む	薬剤名	服薬のタイミング	1回 何錠/何包
※書ききれない場合や数が多い場合はお薬手帳等のコピーを同封ください			
義眼ケア	自立 ・ 見守り ・ 介助 (具体的に) ・ 義眼ではない		
排泄コントロール	自立 ・ 見守り ・ 介助 (具体的に)		
内服薬のスタッフ管理のご希望やその他、気をつけてほしいことがあればお書きください。			
けがや発熱等の際、原則的にキャンプに同行している医師に対応を一任いただきます。病院を受診する等の際には、事前に連絡をするようにしますが、万が一連絡がつかない場合には一任いただき、追って連絡をいたします。			
<input type="checkbox"/> 同意します。 その場合の留意点(薬剤のアレルギー等) 具体的に :			
全体を通して、伝えておきたいことや、心配なことがあれば、自由にお書きください。			
(内服薬が上に書ききれなかった場合もこちらを活用ください。)			

SMS2019 食事確認シート（未成年の方は必ず保護者の方がご記入ください）

氏名 _____

以下の情報は、（公財）がんの子どもを守る会にて管理し、食事提供者である「キープ自然学校」に情報提供する以外の目的では一切、使用いたしません。

アレルギーで避けている食品名をお書きください。

※上記食品のアレルギー症状の程度についてアナフィラキシーショックがありますか。

はい ・ いいえ （どちらかに○をしてください）

●各食品について、除去の程度をお知らせください。

（当てはまるものに○を、また詳細がありましたらご記入ください）

①完全除去 ②生のみ避ける ③半熟のみ避ける ④パン、つなぎ、原材料混入は可能 ⑤加熱してあれば可

●「肉類や魚類」を記入された方にお伺いします。（当てはまるものに○をしてください。）

①スープ、出汁、エキスも避けている ②スープ、出汁、エキスは可

●その他必要なことがありましたらお教えてください。

食品アレルギーや、食事に関する制限について、お子さんの認識・状況を教えてください。

（当てはまるところにチェック）

一人で認識可能 大人の確認が必要 大人がすべて管理 その他： _____

食事について、伝えておきたいことや、心配なことがあれば、自由にお書きください。