ここから, 定期的な受診, 継続的な服薬, 医療的ケアの必要なお子さんについて, 記入していただく頁です。必要な項目について適宜記入して, ファイルに保管してください。

(14) 医療情報_1

■医療機関

医療機関:	(初診日	年	月	⊟~	□継続中	口終了)
受診科(診断名):	担当医:					
	電話番号:					
住所:						
医療機関:	(初診日	 年	 月	H~	□継続中	□終了)
受診科(診断名):	担当医:	·	, 5			
	電話番号:					
住所:						
	 (初診日	 年	 月		□継続中	
		+	Ħ	<u> </u>		ロボミコノ
受診科(診断名):	担当医:					
IX-F	電話番号:					
住所:						
医療機関:	(初診日	年	月	$\exists \sim$	□継続中	口終了)
受診科(診断名):	担当医:					
	電話番号:					
住所:						
医療機関:	(初診日	年	月	$\exists \sim$	□継続中	口終了)
受診科(診断名):	担当医:					
	電話番号:					
住所:						
医療機関:	(初診日	年	月	$\exists \sim$	□継続中	口終了)
受診科(診断名):	担当医:					
	電話番号:					
住所:						
医療機関:	(初診日	年	月	⊟~	□継続中	□終了)
受診科(診断名):	担当医:					
	電話番号:					
住所:						
医療機関:	 (初診日	 年	月	——— ⊢~		
受診科(診断名):	担当医:	1.	, ,	J		一 かくコノ
	型当区· 電話番号:					
12-FC .	电动钳气。					
住所:						

■訪問看護ステーション

事業所名:	(開始年月日	年	月	$\vdash \sim$	□継続中	口終了)
担当者:	電話番号:					
看護内容(訪問回数):						
事業所名:	(開始年月日	年	月	⊟~	□継続中	口終了)
担当者:	電話番号:					
看護内容(訪問回数):						
事業所名:	(開始年月日	年	月	⊟~	□継続中	口終了)
担当者:	電話番号:					
看護内容(訪問回数):						
■緊急時の対応について						
緊急時の対応について:						
緊急時受け入れ 医療機関(診療科):		住所	ī:			
担当医:		電話	番号:			
担当医:		電記	潘号:			
担当医:		電記	番号:			
		電記	番号:			
担当医: 自由記入		電話	番号:			
		電話	番号:			
		電話	番号:			
		電話	番号:			
		電記	番号:			
		電記	番号:			
		電記	番号:			
		電記	番号:			
		電記	番号:			
		電記	番号:			

令和	年	月	⊟ (歳	か月)	記入

■医療的ケアの状況

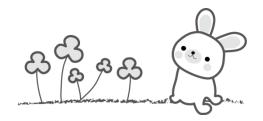
アレルギー	アレルゲン: 薬剤() 食物()その他()
□あり □なし	症 状:			
エピペン	対応方法:			
□あり □なし				
喘息	誘 因:			
□あり □なし	症 状:			
	発作時対応方法:			
	薬剤名:			
アトピー性皮膚炎	原 因:			
□あり □なし	症 状:			
	対応方法:			
	薬剤名:			
てんかん	予 兆:			
□あり □なし	症 状:			
	発作時対応方法: 座薬 口	なし □あり(薬剤名)
	薬剤名:			
その他の疾患	病 名:			
□あり □なし	症 状:			
	対応方法:			
	薬剤名:			
特記事項	(禁忌事項,運動の制限,集	団参加の適否 など)		
	<u> </u>			

令和 年 月 日(歳 か月)記入

■医療的ケアの状況

吸 引	日常の酸素飽和度: ()%
□あり □なし	実施の目安:
	ロロ腔内カニューレ () F r
	口鼻腔内力ニューレ () F r
	□気管内力ニューレ () Fr () cm挿入可
	使用吸引器名称:
気管切開	人工鼻の装着:口あり 口なし
□あり □なし	ガーゼ交換の頻度: 回/日
	カニューレの種類: ロカフ付き ロカフ無
	カニューレのサイズ: () F r
栄養管理	経口摂取: 口ミキサー 口刻み 口普通食
□あり □なし	経管栄養: 口経鼻チューブ 口胃ろう 口腸ろう
	注入内容(
	注入時間(
	注入量()
導 尿	方 法: 口自己導尿 口導尿 口その他()
□あり □なし	尿量: 1回約() m l () 時間毎
	カテーテル: ()Fr
	注意点:
酸素吸入	実施の目安: 酸素() ℓ /min 酸素飽和度() %
□あり □なし	□酸素マスク □酸素鼻孔カニューラ
	口常時同条件での吸入 口体調変化により吸入
	口その他
	酸素ボンベ事業所名:
噴霧吸入	口常時吸入 口体調変化により吸入
□あり □なし	実施の目安:
	薬剤名:
	量:
人工呼吸器	実施の目安: 酸素() ℓ /min 酸素飽和度() %
□あり □なし	機種: 条件モード:
	呼吸回数: () 回/分
	1 回換気量: (
	その他:

■その他必要な医療的ケア						
	令和	年	月	目(歳	か月)記入
	令和	年	月	∃(歳	か月)記入
	令和	年	月	⊟(歳	か月) 記入
	令和	年	月	∃(歳	か月)記入



____ (14)医療情報_5

■病歴(入院・手術・治療歴等)

	年	月	⊟ (歳	か月) ~	年	月	\Box	(歳	か月)
医療	機関:				受診科(診	断名):				担当	医:
内容	:口治	療中	口完治								
	年	月	⊟(歳	か月) ~	年	月	\Box	(歳	か月)
医療	機関:				受診科(診	断名):				担当	医:
内容	∶□治	療中	□完治								
	年	月	⊟(歳	か月) ~	年	月	В	(歳	か月)
医療	機関:				受診科(診	断名):				担当	医:
内容		療中	□完治								
	年	月	日(歳	か月) ~	年	月	В	(歳	か月)
医療	機関:				受診科(診	断名):				担当	医:
内容		療中	□完治								
	年	月	⊟(歳	か月) ~	年	月	В	(歳	か月)
	機関:				受診科(診	断名):				担当	医:
内容		療中	□完治								

退院前に担当医等に質問し,記録しておきましょう。また,退院前に「診療情報提供書」(保 険適用)を依頼しておきましょう。

■ 入院中の経過、	今後の流	台療や核	食查予定	令和	年	月	⊟(歳	か月)記入
入院期間:	年	月	⊟~	年	月 E	3			
■退院後の生活の	D注意事I	頁(服薬	感,運動の制	限,集団	参加なる	ど)			