

# 記入例

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：T大学病院 受診科（診断名）：小児科 小児神経 難治性てんかん 住所：東京都〇〇区	（初診日 25年4月1日～ ■継続中 □終了） 担当医：小児神経科 T医師 電話番号：●●-●●●●-●●●●
医療機関：M市立病院 受診科（診断名）：小児科 小児神経 喉頭軟化症 住所：千葉県〇〇市	（初診日 25年8月1日～ ■継続中 □終了） 担当医：小児神経科 A医師 電話番号：●●●●-●●-●●●●
医療機関：A訪問診療所 受診科（診断名）： 難治性てんかん，喉頭軟化症 住所：千葉県〇〇市	（初診日 25年11月2日～ ■継続中 □終了） 担当医：小児科 C医師 電話番号：●●●-●●●-●●●●
医療機関： 受診科（診断名）： 住所：	（初診日 年 月 日～ □継続中 □終了） 担当医： 電話番号：
医療機関： 受診科（診断名）： 住所：	（初診日 年 月 日～ □継続中 □終了） 担当医： 電話番号：
医療機関： 受診科（診断名）： 住所：	（初診日 年 月 日～ □継続中 □終了） 担当医： 電話番号：
医療機関： 受診科（診断名）： 住所：	（初診日 年 月 日～ □継続中 □終了） 担当医： 電話番号：

# 記入例

## ■訪問看護ステーション

事業所名：A訪問看護ステーション 担当者：S看護師 看護内容（訪問回数）： 週2回 火・木 15～16時 入浴介助	（開始年月日 25年5月1日～ ■継続中 □終了） 電話番号：●●●-●●●-●●●●
事業所名： 担当者： 看護内容（訪問回数）：	（開始年月日 年 月 日～ □継続中 □終了） 電話番号：
事業所名： 担当者： 看護内容（訪問回数）：	（開始年月日 年 月 日～ □継続中 □終了） 電話番号：

## ■緊急時の対応について

緊急時の対応について： <ul style="list-style-type: none"> <li>・てんかん発作が5分以上続いたときは、ダイアップ座薬 10mgを挿肛し、救急車でT大学病院に搬送する。</li> <li>・気管カニューレが抜けた時にはその場で再挿入し、A訪問診療所に電話をして報告をする。</li> </ul>	
緊急時受け入れ 医療機関（診療科）： T大学病院 小児科 小児神経 担当医：小児神経科 T医師	住所：東京都〇〇区  電話番号：●●-●●●●-●●●●

自由記入

(14) 医療情報\_2

記入例

平成 25 年 12 月 1 日 (1 歳 4 か月) 記入

■医療的ケアの状況

<p>アレルギー  <input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし                  エピペン  <input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>アレルゲン： 薬剤 ( なし ) 食物 ( 卵 ) その他 ( )                  症 状：食べた後 10 分後くらいに口の周りが赤く腫れてくる。                  対応方法：すぐに母に連絡をする。アナフィラキシー症状 ( 動悸や吐き気, 腹痛, 手足のしびれ等 ) が見られたときは, エピペンを使用し, 救急搬送をする。</p>
<p>喘息  <input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>誘 因：季節の変わり目                  症 状：激しい咳き込み ヒューヒューと音がする                  発作時対応方法：吸入薬を使用する                   薬剤名：インタール吸入薬</p>
<p>アトピー性皮膚炎  <input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>原 因：花粉                  症 状：皮膚のかゆみが強くなり, カサカサした肌になる                  対応方法：軟膏を塗る                   薬剤名：ステロイド軟膏</p>
<p>てんかん  <input checked="" type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>予 兆：気持ち悪そうな様子がある                  症 状：右目がピクピクしてきて, 次第に右手にも広がっていく。嘔吐をし, その後眠ってしまう。                  発作時対応方法： 座薬 <input type="checkbox"/>なし <input checked="" type="checkbox"/>あり ( 薬剤名 ダイアップ 10mg )                   薬剤名：テグレートール 0.5mg 朝・夕内服</p>
<p>その他の疾患  <input type="checkbox"/>あり <input checked="" type="checkbox"/>なし</p>	<p>病 名：                  症 状：                  対応方法：                   薬剤名：</p>
<p>特記事項</p>	<p>( 禁忌事項, 運動の制限, 集団参加の適否 など )</p>

記入例

(14) 医療情報\_3

平成 年 月 日 ( 歳 か月) 記入

■医療的ケアの状況

<p>吸引 ■あり □なし</p>	<p>日常の酸素飽和度： ( 94~97 ) %                  実施の目安： ゼロゼロと音がしたとき、咳き込んだとき  <input type="checkbox"/>口腔内カニューレ ( 10 ) Fr  <input type="checkbox"/>鼻腔内カニューレ ( ) Fr  <input type="checkbox"/>気管内カニューレ ( 9 ) Fr ( 5 ) cm挿入可                  使用吸引器名称：パワースマイル</p>
<p>気管切開 ■あり □なし</p>	<p>人工鼻の装着：■あり □なし                  ガーゼ交換の頻度： 1回/日                  カニューレの種類： <input type="checkbox"/>カフ付き ■カフ無                  カニューレのサイズ： ( 4.5 ) Fr</p>
<p>栄養管理 ■あり □なし</p>	<p>経口摂取： <input type="checkbox"/>ミキサー <input type="checkbox"/>刻み <input type="checkbox"/>普通食                  経管栄養： <input type="checkbox"/>経鼻チューブ ■胃ろう <input type="checkbox"/>腸ろう                  注入内容 ( ラコール/水分補給 さ湯 )                  注入時間 ( ラコール6時, 12時, 18時, 22時/水分補給 さ湯 12時, 18時)                  注入量 ( ラコール100cc+さ湯50cc/水分補給 さ湯 50cc )</p>
<p>導尿 ■あり □なし</p>	<p>方法： <input type="checkbox"/>自己導尿 ■導尿 <input type="checkbox"/>その他 ( )                  尿量： 1回約 ( 80 ) ml ( 8 ) 時間毎                  カテーテル： ( 6 ) Fr                  注意点：カテーテルを挿入するときに痛がるので、ゆっくり行う。</p>
<p>酸素吸入 ■あり □なし</p>	<p>実施の目安： 酸素 ( 0.5 ) l/min 酸素飽和度 ( 98 ) %                  ■酸素マスク <input type="checkbox"/>酸素鼻孔カニューラ  <input type="checkbox"/>常時同条件での吸入 <input type="checkbox"/>体調変化により吸入  <input type="checkbox"/>その他                  酸素ボンベ事業所名：〇〇会社</p>
<p>噴霧吸入 ■あり □なし</p>	<p><input type="checkbox"/>常時吸入 ■体調変化により吸入                  実施の目安：喘息のような症状が見られたとき                  薬剤名：メプチン吸入                  量：1回0.2ml</p>
<p>人工呼吸器 ■あり □なし</p>	<p>実施の目安： 酸素 ( 0.5 ) l/min 酸素飽和度 ( 98 ) %                  機種：PHILIPS トリロジー100 条件モード：IMV                  呼吸回数： ( 20 ) 回/分                  1回換気量： ( 50 ) ml/回                  その他：人工呼吸器使用時はSPO2モニターを装着する。</p>

(14) 医療情報\_5

記入例

■病歴（入院・手術・治療歴等）

H25年4月1日（0歳8か月）～ H25年6月30日 （0歳10か月）		
医療機関：T大学病院	受診科（診断名）：小児科（難治性てんかん） 担当医：T医師	
内容：■治療中 □完治 生後8か月のときに、てんかん発作が起き検査入院。難治性てんかんの診断がつき、投薬治療を行った。現在も定期通院し、内服コントロールを行っている。 また、半年ごとに脳波検査を行っている。		
H25年8月1日（1歳0か月）～ H25年11月1日 （1歳3か月）		
医療機関：M市立病院	受診科（診断名）：小児科（喉頭軟化症） 担当医：A医師	
内容：■治療中 □完治 呼吸の状態が悪くなり、M市立病院に検査入院。 喉頭軟化症の診断がつき、H25年9月25日に気管切開術を受ける。 人工呼吸器を利用。定期的に通院している。		
年 月 日（ 歳 か月）～ 年 月 日 （ 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 日（ 歳 か月）～ 年 月 日 （ 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 日（ 歳 か月）～ 年 月 日 （ 歳 か月）		
医療機関：	受診科（診断名）：	担当医：
内容：□治療中 □完治		