

〈主治医の方へ〉

短期入所・入院(レスパイト)問診票

※診療情報提供書(紹介状)に加えて、現在治療継続中の病院または、かかりつけ医院で記載を依頼し、受診時まで提出してください。(当クリニックにて在宅診療を受けている方は不要です)

氏名: _____ 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
 年齢: _____ 歳 _____ カ月 記入医師名: _____
 記入医療機関名: _____
 障がい者手帳 無 ・ 有 (判定 _____)
 療育手帳 無 ・ 有 (判定 _____)

※当てはまるものに○をつけて下さい

基礎疾患

脳性麻痺	無 ・ 有	てんかん	無 ・ 有
心疾患	無 ・ 有 (_____)	心不全	無 ・ 有
不整脈	無 ・ 有	その他(心疾患など)	その他 _____
精神発達遅滞	無 ・ 有	言語発達遅滞	無 ・ 有
重症心身障害	(大島分類 _____ 度)		
四肢麻痺	無 ・ 有 (_____)		
拘縮	無 ・ 有 (_____)		
側彎	無 ・ 有 (右凸 ・ 左凸)		

循環器

突然死ニアミス	無 ・ 有	アブレーションの既往	無 ・ 有
心マッサージの既往	無 ・ 有	ペースメーカー使用	無 ・ 有
酸素の使用	無 ・ 有 (_____ L)		
酸素使用状況: 終日 ・ 夜間帯のみ ・ SpO2低下時のみ ・ その他:			

消化器

NG・十二指腸チューブ	無 ・ 有 (使用製品とサイズ _____ / _____ Fr)
PEG	無 ・ 有
	造設年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	(使用製品とサイズ _____ / _____ Fr) 固定水 _____ ml
人工肛門(ストーマ)	無 ・ 有 (使用製品とサイズ _____)
	造設年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

腎・泌尿器

膀胱留置カテーテル	無 ・ 有
膀胱瘻	使用サイズ _____ Fr 固定水 _____ ml
腎瘻	挿入開始・又は造設年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
自己導尿	無 ・ 有
	使用サイズ _____ Fr
	導尿開始年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

裏へ

中枢神経

水頭症	無・有	脳室—腹腔シャント	無・有
けいれん	無・有	重積	無・有
	最終けいれん発作年月日	年	月 日
	有の場合 けいれん発作時の処方	無・有	()
	その他		

感覚器

指・弁別	可・不可・不明	矯正視力	左()・右()・不明
補聴器	無・有(左・右)	光覚	左あり・右あり・全盲・不明
人工内耳	無・有(左・右)	聴力	左(dB)・右(dB)・不明

呼吸器

気管切開	無・有	手術	年 月 日
	気管内肉芽	無・有	
喉頭気管分離術	無・有	手術	年 月 日
気管切開カニューレ	無・有	(使用製品)	()
	(サイズ)	Fr 内径	mm)
	交換頻度(日	回/日・週)
無呼吸発作	無・有		
人工呼吸器の使用	無・有	(必要時・夜間のみ・24時間継続使用)	
	器機名()
	業者連絡先()
呼吸器設定	吸気酸素濃度()%	CPAP	
	PEEP()cmH20	トリガー	
	PIP()cmH20		
	I:E比(:)	一回換気量()ml	SPO2(%)
	A/C	SIMV	CPAP/PSV
カフアシスト	無・有	(内容)

静脈栄養

CV留置	無・有	輸液内容()
	挿入部位	鎖骨下(左・右)	鼠径部(左・右)
		その他()
	種類	()
	手術年月日	年 月 日	
	点滴速度	ml/時	投与量 ml/日

既往歴

誤嚥性肺炎	無 ・ 有(いつ頃か)
その他:		

アレルギー

食品	無 ・ 有	()
薬品	無 ・ 有	()
その他	無 ・ 有	()
どのような症状がでるか			

精神状態

不穏動作	無 ・ 有 (暴言 暴力 多動 転倒 転落 噛み付き)	
	その他	

徘徊	無 ・ 有	
自傷行為	無 ・ 有(内容)

相当する記入欄がないなど、その他伝えておきたい内容があれば以下にご記入ください。

--

ご協力ありがとうございました。大府あおぞら有床クリニック