

短期入所・医療入院(レスパイト)の診療情報

※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: _____
 身長: _____ 体重: _____ 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
その他(心疾患など)	心疾患 無・有(_____)	
	不整脈 無・有	心不全 無・有
	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

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		
吸引	無・有	(口腔・鼻腔・気切孔)	
吸入	無・有	使用薬剤()	回数(回/日)

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

褥瘡

褥瘡	無・有	部位()
----	-----	-------

食事

食事形態	刻み ・ ペースト ・ 普通食	1回量	ml
	注入 回/日 内容		
	水分指示 無 ・ 有 (ml/日)		
介助	不要 ・ 半介助(一部介助) ・ 全介助		
咀嚼	可 ・ 不可		
嚥下	可 ・ 不可		
誤嚥性肺炎の既往	無 ・ 有(いつ頃か)		

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	

排泄

尿	トイレ ・ 介助でトイレ ・ オムツ (回/日)
便	トイレ ・ 介助でトイレ ・ オムツ (回/ 日)
便秘時の処方がある場合	薬品名(用法)

睡眠

入眠障害	無 ・ 有
睡眠薬の処方がある場合	薬品名(用法)

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