

# <ご家族の方へ>

## 短期入所・入院(レスパイト)問診票

～当クリニックで、短期入所・入院(レスパイト)をご検討して頂いているご家族の方へ～

当クリニックでは患者さんのことをよく知って、より安全に入院・入所生活を送っていただく目的で、短期入所・入院(レスパイト)問診票の提出をお願いしています。つきましては、医療機関に記載して頂く診療情報提供書(紹介状)の他に、当院指定の「短期入所・入院(レスパイト)問診票」とお手持ちの「お薬手帳」の提出をお願いいたします。

記入していただいた方のお名前: (続柄: )

記入日: 年 月 日

患者さんのお名前: 血液型:

身長: cm 体重: kg

アレルギー: 無・有( )

在胎週数: 週 日 出生体重: g

家族構成

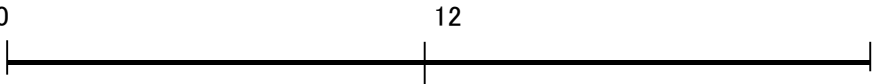
氏名	続柄	年齢	勤め先・通園/通学場所(連絡先)
			( )
			( )
			( )
			( )
			( )

※当てはまる項目に○をつけ、空欄に記入をお願いします。

医療行為	痰の貯留	無・有
	排痰方法	自力・吸引が必要
	吸引	吸引カテーテル ( )Fr カテーテル交換頻度 本/日 挿入長 口腔内( )cm 鼻腔内( )cm 気切部( )cm 吸引回数 回/日 回/時 調子の悪い時のみ 痰の性状(水様・粘稠痰・泡沫) 痰の色(透明・白色・黄色)
	自力で排痰出来る場合の介助方法	
NGチューブ	無・有( Fr) 最終交換日 年 月 日 交換頻度 ヵ月/ 回 交換用予備 無・有	
PEG (胃瘻)	無・有( Fr) 固定水 ml 最終交換日 年 月 日 交換頻度 ヵ月/ 回	

医療行為		交換用予備	無・有			
	褥瘡	無・有	部位			
			処置方法			
	吸入	無・有	(内容・回数など)			
医療行為	人工肛門	無・有				
		最終交換日	年 月 日	交換頻度	ヵ月/ 回	
		交換用予備	無・有			
		スキンケア方法と用具				
栄養	経口	食事内容	常食・きざみ・ミキサー・一口大・その他:			
		食事の時間	朝	時	食べるのに要する時間	分間
			昼	時		分間
			夕	時		分間
		食事の姿勢	ベッド上ギャッジアップ 度・車椅子 その他( )			
		介助	無・セッティングのみ・見守り・半介助・全介助			
		水分摂取方法	コップ・ストロー・スプーン			
		食事の工夫	とろみ(あり・なし) むせ(あり・なし) その他			
	栄養	注入	注入方法	PEG(胃瘻)・NGチューブ		
			注入内容	朝	時	内容
			昼	時	内容	分間
			夕	時	内容	分間
		注入の姿勢	ベッド上ギャッジアップ 度・車椅子・その他( )			
		水分の注入	無・有			
内服薬	内服方法	朝食	前・後	服用方法		
		昼食	前・後	服用方法		
		夕食	前・後	服用方法		
		寝る前	時	服用方法		
その他の薬	頓用	発熱時	無・有	薬品名		
		けいれん時	無・有	薬品名		
	点眼	無・有	薬品名			
	外用薬	無・有	薬品名			
排尿	トイレ誘導	無・有	(誘導方法・タイミング)			
	オムツ		回/日	夜間交換(無・有・覚醒時)		
	膀胱留置カテーテル	尿量		ml/日		
	膀胱瘻	留置カテーテル( )Fr	固定水( )ml			

排泄	腎瘻	バルン交換 ( 週/回 )		
		最終交換日 ( 月 日 )	予備	無・有
自己導尿		導尿用カテーテル( )Fr		
		実施時間・間隔( )	尿量 ml/日	
排便	トイレ誘導	無・有(誘導方法・タイミング)		
	下剤使用	無・有(内服・坐薬・摘便・浣腸)		
		薬品名・用法( )		
		投与時間 ( 時 )		
		使用のタイミング( )		
睡眠	入眠時間 ( )時	起床時間 ( )時		
	入眠時の薬	無・有(薬品名)		
	投与時間 ( )時	追加投与 無・有( )		
	睡眠状況	正常 入眠障害 中途覚醒 睡眠中不穏 昼夜逆転		
	睡眠環境で配慮が必要なこと 例:部屋の明るさ 掛物など			
清潔	入浴	デイサービスで入浴	自宅で入浴	移動入浴
	曜日			体拭き
	体位・方法			
	歯磨き	自立・半(一部)介助・全介助		義歯 無・有( 総・部分 )
	介助方法			
	回数 回/日( 食前・食後・その他 )			
移動	歩行	可・介助で可・不可		
	車椅子移乗	自力で可・軽介助で可・全介助		
	移乗方法			
姿勢	立位	可・介助で可・不可		
	座位保持	可・介助で可・不可		
	体位交換	不要・要 時間毎		
	多動	無・有		
意思疎通	発声	可・不可		
	視線	合う・合わない		
	意思の表出方法			
生活環境	自宅で過ごしている部屋の状況			

環境 1日の過ごし方	
けいれん症状	<p>けいれん 無・有</p> <p>有の場合 けいれんの頻度 回/日 回/週 回/月</p> <p>最後にけいれん発作が起こった日 月 日</p> <p>1日のうち起こりやすい時間帯はありますか 例:起床時 うとうとしている時 等</p> <p>けいれんが起こる前に症状(前ぶれ)はありましたか 例:動きが止まった 等</p> <p>けいれんはどの部位に起こりましたか 例:全身・左手のみ 等</p> <p>どんな様子・症状でしたか 例:ピクピクした 硬直した 等</p> <p>どのくらい続きましたか 分間 秒間 回</p> <p>発作時の対処法 例:薬を使用せず様子を見た 等</p> <p>最後に薬剤を使用した日時 年 月 日</p> <p>薬剤を使用するタイミング</p> <p>薬剤使用後の変化・状況</p>
習慣・遊び	<p>好きなこと</p> <p>嫌いなこと</p>

伝えたい事	アレルギーの有無等
-------	-----------

ご記入ありがとうございました。 大府あおぞら有床クリニック