

<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～

当クリニックでは利用者さんのことをよく知り、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。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**」（主治医の方へ・ご家族の方へ）とお手持ちの「**お薬手帳**」の提出をお願いいたします。

ご記入頂いた方のお名前： _____ (続柄： _____)	ご記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日
ご利用者さんのお名前： _____	血液型： _____ 型
身長： _____ cm 体重： _____ kg 在胎週数： _____ 週 _____ 日	出生体重： _____ g
アレルギー： なし ・ あり (_____)	

<家族構成>

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

<基礎疾患>

- ・ 疾患名
- ・ 手術歴・手術病院

<身体情報>

- ・ 以下の手術歴や医療ケアがある場合には○をつけて下さい。その他の場合はカッコ内に記載して下さい。
【NG チューブ・胃瘻・腸瘻・気切カニューレ・呼吸器・人工肛門・中心静脈栄養・シャント・ペースメーカー、その他(_____)】
- ・ 通常時の状態をわかる範囲でご記入下さい
体温 _____ °C 脈拍 _____ 回/分 (夜間 _____) SpO2 _____ % 血圧 _____ / _____ 呼吸数 _____ 回/分

<これまでの経過>

・ 出生時からの経過を簡単にお書き下さい

<自宅での体調管理方法>

・ 体温調節・緊張・環境変化への適応など配慮が必要な場合があれば記載して下さい

<けいれん> なし ・ あり →「あり」の場合以下の質問にお答え下さい

- ・ 発作の起りやすいタイミングや時間帯はありますか（例：起床時、うとうとしている時 等）
- ・ 頻度はどのくらいですか
- ・ 前ぶれはありますか（例：動きが止まった 等）
- ・ どの部位に起こりましたか（例：全身、左手のみ 等）
- ・ どんな様子・症状でしたか（例：目が上転した 硬直した、ピクピクした 等）
- ・ どれくらい続きましたか _____分間 _____秒間
- ・ 最後に薬剤を使用したタイミング ____年 ____月 ____日
- ・ 発作時の対処法（例：薬を使用せず様子をみた 等）
- ・ 薬剤を使用後はどのような変化がみられますか（例：眠ってしまう 等）

<薬に関する情報>

内服（薬剤名、錠数、包数、保管場所など詳細を以下に記載して下さい）

	時間	薬剤名（g mg 等わかる範囲で）	錠数/包数 合計	特記事項	
				保管方法	季節によって内服があるもの等
朝	食前 食後 ()時				
昼	食前 食後 ()時				
夕	食前 食後 ()時				
その他	時				
眠前	時				

内服方法

頓服（使用目的、薬剤名、錠数、包数、量、使用間隔など詳細を以下に記載して下さい）

使用目的	薬剤名	錠数/包数/量	特記事項（使用間隔など）
発熱時			
けいれん時			

点眼

(薬剤名:) 両眼 ・ 右 ・ 左 _____ 時

(薬剤名:) 両眼 ・ 右 ・ 左 _____ 時

吸入薬

(薬剤名:) (使用量:) _____ 時

(薬剤名:) (使用量:) _____ 時

<医療ケア> 以下の医療ケアについて、該当する箇所へご記入または選択肢に○ないし☑をつけて下さい

【気管切開】 なし ・ あり

・カニューレ交換頻度 _____回/月 ・交換場所 主病院 訪問診療 その他()

・人工鼻種類 _____ ・交換頻度_____回/日

・カニューレバンド・気切ガーゼ交換の注意点があればご記入下さい

・気切ガーゼ・バンド・ヒモ交換頻度 (ヒモの場合: 破棄可 破棄不可)

・気切周囲軟膏 なし ・ あり 薬剤名 ()

・入所中にカニューレ交換の可能性がある場合交換、固定方法と手順のポイントをご記入下さい

・その他特記事項があればご記入下さい (例 カニューレバンドを2本使用し固定する)

緊急時対応

・カニューレが抜けてしまった時の対応をご記入下さい (例: 予備の小さいサイズのカニューレを挿入 等)

・SPO2 低下時の対応をご記入下さい

【吸引】 なし ・ あり

・吸引カテーテル サイズ 気切 _____Fr 口鼻 _____Fr

・吸引カテーテル 挿入長 気切 _____cm 口鼻 _____cm

・吸引カテーテル交換頻度 気切 _____本/日 口鼻 _____本/日

・肉芽の有無 なし ・ あり

・吸引回数 _____ 回/時 _____ 回/日

・痰の性状 (水様 粘稠 泡沫)

・吸引のタイミング

・自力排痰できる場合の介助方法 (例 うつぶせにする 等)

・その他特記事項 (例 嘔吐反射が強いため深く入れない 等)

<排泄>

○排尿 ・トイレ誘導 なし ・ あり

・ 通常の回数 _____ 回/ 日 ・ 排尿間隔 _____ 回/ _____ 時間

○オムツ なし ・ あり

・ オムツの種類 テープ式 パンツ式 パッド使用

・ 使用方法や特徴（もれやすさ等）

・ 夜間オムツ交換 なし ・ あり

・ 股関節脱臼： なし ・ あり

○導尿 なし ・ あり

・ ネラトンカテーテル _____ Fr ・ 間隔・時間 _____ 時間毎

・ 使用物品

・ 導尿歴 _____ 年前から（ _____ 歳の頃から）

・ 導尿方法

○排便 ・ 通常の便性 軟便 泥状便 その他（ _____ ）

・ 通常の便回数・排便周期 _____ 回/ _____ 日

・ 通常の排便量

・ 排便方法 例) 自然排便

・ 浣腸 坐薬使用 なし ・ あり → 頻度（ _____ ）

<運動機能>

脱臼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ 部位 _____ ）
関節拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ 部位 _____ ）
緊張	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ 部位 _____ ）
側弯・円背	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ 部位 _____ ）
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ _____ 部位 _____ ）
首のすわり	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不良
寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
座位	<input type="checkbox"/> 自力座位可 <input type="checkbox"/> 端座位可 <input type="checkbox"/> 介助で可 <input type="checkbox"/> 不可
膝立ち	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
立位	<input type="checkbox"/> 自力立位可 <input type="checkbox"/> 介助で可 <input type="checkbox"/> 不可
歩行	<input type="checkbox"/> 自力歩行可 <input type="checkbox"/> 介助で可 <input type="checkbox"/> 不可

移動方法

・ 車いす移乗： 自力で可 軽介助で可 全介助

・ 移乗方法

姿勢

・ 体位交換： 要（ _____ 時間毎） 不要

・ 注意事項などがあればご記入下さい

装具 なし あり（ _____ 部位 _____ ） ・ 装着時間：（ _____ ）

・ 注意事項：（例：下着と上着の間に装着 等）

<食事に関する情報>

【食事】

- ・食種 普通食 きざみ ミキサー食 一口大 とろみあり
- ・自力摂取 可 セッティングのみ 見守り 半介助 全介助
- ・食べるのに要する時間 _____ 分間
- ・水分摂取 コップ ストロー スプーン
- ・食事の姿勢 ベッド上ギャッジアップ _____ 度 車いす その他 (_____)
- ・食事介助方法 :

【注入】

- ・方法 NGチューブ 胃ろう
- ・内容 朝 _____ 時 内容 (_____) _____ 分間かけて
 昼 _____ 時 内容 (_____) _____ 分間かけて
 夕 _____ 時 内容 (_____) _____ 分間かけて
 その他 _____ 時 内容 (_____) _____ 分間かけて
- ・水分 内容 (_____)
 時間 _____ 時
- ・胃内残留時の対処法 (例 ○ml 以上なら○時間おいて注入する 差し引き注入する 等)
- ・注入時の姿勢 ベッド上ギャッジアップ _____ 度 車いす その他 (_____)

【持ち込み食 (おやつの有無も含む)】

【はみがきの方法・回数】

<睡眠>

- ・起床時間 : _____ 時 就寝時間 : _____ 時 中途覚醒の有無 (なし ・ あり)
- ・昼夜逆転の有無 (なし ・ あり)
- ・入眠時の環境や工夫 :
- ・睡眠導入剤使用の有無 (なし ・ あり) → 薬剤名 (_____)
- ・睡眠中の排泄ケアの有無 (なし ・ あり) 睡眠中の体位変換の有無 (なし ・ あり)

<コミュニケーション・環境・習慣>

・ 自宅で過ごしている部屋の環境

視力 ・ 追視 (なし ・ あり ・ 不明) 視線 (合う ・ 合わない)

聴力 ・ 呼びかけに対する反応 : (なし ・ あり) → 「あり」の場合、どのような様子がみられますか

・ 補聴器 (なし ・ あり) (右 ・ 左) ・ 人工内耳 (なし ・ あり) (右 ・ 左)

認識の程度 (人や環境の区別、理解している言葉はあるか)

言語的コミュニケーション :

発語 (なし ・ あり) 会話 (可 ・ 不可)

非言語的コミュニケーション

・ どんな時にどんな意思表示をしますか (笑う、泣く、声を出す、サイン等)

・ 話しかける時の工夫や注意点

ケアをする際の合図やサイン、注意点など

好きなこと (何をした時にどのような反応をするか)

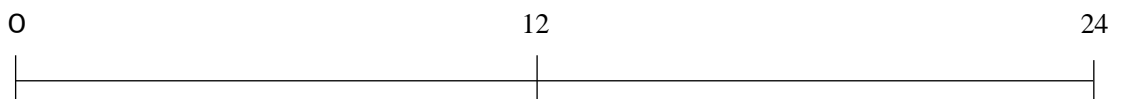
嫌いなこと (何をした時にどのような反応をするか)

リラックスするための方法 (できるだけ具体的に)

その他 (こだわりやケアのポイント等)

<一日の過ごし方>

ご自宅でのスケジュール



短期入所中のご希望のスケジュール

