

〈ご家族の方へ〉

短期入所（レスパイト）問診票  
～ ご家族記入用 ～

- 短期入所(レスパイト)をご検討して頂いているご家族の方へ  
当クリニックではご利用者様のことをよく知り、より安全に入所生活を送っていただく目的  
で、本票ご記入をお願いしております

ご記入日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ  
ご利用者 : 氏 名 \_\_\_\_\_

家族構成

氏名	続柄	生年月日 (年齢)	勤め先・通園/通学場所 (連絡先)
		年 月 日( 歳)	
		年 月 日( 歳)	
		年 月 日( 歳)	
		年 月 日( 歳)	
		年 月 日( 歳)	

生年月日 (歳)	年 月 日 ( 歳)
基礎疾患	
大きな入院歴・手術歴	
在胎週数	週 日
出生体重	g
出生からの経過	
アレルギー	有 ・ 無 ( )
体調管理方法	
<b>けいれん発作</b>	
起こりやすい タイミング	
前兆	
症状・種類	
症状の持続時間	
対応	

### 内服薬

服用時間	薬剤名		錠数・包数 合計	特記事項
時	食前 ・ 食後			
時	食前 ・ 食後			
時	食前 ・ 食後			
時				

### 内服方法

### 屯用

使用目的	薬剤名	使用量	特記事項

### 点眼

(薬剤名： ) 両目 ・ 右目 ・ 左目  
 (薬剤名： ) 両目 ・ 右目 ・ 左目

### 吸入薬

(薬剤名： ) (使用量： ) (時間： )  
 (薬剤名： ) (使用量： ) (時間： )

## 気管切開

カニューレ	
カニューレ	有 ・ 無
種類	
交換頻度	
事故抜去時の対応	
人工鼻	
使用の有無	有 ・ 無
種類	
交換頻度	
気切周囲	
特記事項	

## 吸引カテーテル

サイズ	
気切	Fr      挿入の長さ：
口鼻	Fr      挿入の長さ：
交換頻度	
気切	
口鼻	
特記事項	

## 酸素

酸素使用	有 ・ 無
使用するタイミング	
流量調節範囲	

## 人工呼吸器

機種	
----	--

## 排痰補助装置

サイクル	
実施時間	
特記事項	

## 胃ろう

種類	
こより・ガーゼ交換頻度	
特記事項	
事故抜去時の対応	

## その他医療デバイス（CV・NG・ストマなど）

医療デバイス	
交換頻度	
ケア方法	
事故抜去時の対応	

## 普段の様子

SpO2 値	
心拍数	
体温	

## 排泄

おむつの有無	有 ・ 無
おむつの種類	
パッドの有無	有 ・ 無
股関節脱臼	
<b>排尿</b>	
トイレ誘導の有無	有 ・ 無
平均排尿回数	
排尿間隔	
導尿の有無	有 ・ 無
使用カテーテル	
使用物品	
<b>排便</b>	
便性・量	
排便回数	
排便方法	

## 清潔ケア

注意点	
使用軟膏	

## ポジショニング

脱臼の有無・部位	有 ・ 無 ( )
関節拘縮の有無	有 ・ 無
筋緊張の有無	有 ・ 無
側弯の有無・方向	有 ・ 無 ( )
麻痺の有無・部位	有 ・ 無 ( )
定頸	可 ・ 不可
ポジショニング	

## 運動機能

寝返り	可 ・ 不可
座位	可 ・ 不可
膝立ち	可 ・ 不可
立位	可 ・ 不可
歩行	可 ・ 不可

## 移乗方法

手順	
----	--

## 装具

装着の有無	有 ・ 無
部位	

## 食事・口腔ケア

経口摂取	
食事の有無	有 ・ 無
形態	
所要時間	
水分摂取方法	
食事介助手順	
おやつの有無	有 ・ 無
おやつの種類	
注 入	
注入内容	
胃残指示	
注入手順	
口腔ケア	
実施時間	
手順	

## 睡眠

起床時間	
就寝時間	
中途覚醒	
昼夜逆転	
入眠時の環境や工夫	
睡眠導入剤の有無	
睡眠中のおむつ交換	
睡眠中に体位交換	

## コミュニケーション・環境・習慣

視力	有 ・ 無
追視	有 ・ 無
聴覚	有 ・ 無
呼びかけに対する反応	有 ・ 無
補聴器	有 ・ 無 ( 右 ・ 左 )
人工内耳	有 ・ 無
コミュニケーション	
発語の有無	有 ・ 無
会話の可否	可 ・ 否
話しかける際の注意点	
意思表示の方法	
ケアの際の合図やサイン・注意点	
好きなこと	
嫌いなこと	
リラックス方法	

ご回答ありがとうございました。

あおぞらファミリークリニック