

■訪問看護ステーション

事業所名：	(開始年月日 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 終了)
担当者：	電話番号：
看護内容 (訪問回数)：	

事業所名：	(開始年月日 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 終了)
担当者：	電話番号：
看護内容 (訪問回数)：	

事業所名：	(開始年月日 年 月 日～ <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 終了)
担当者：	電話番号：
看護内容 (訪問回数)：	

■緊急時の対応について

緊急時の対応について：	
緊急時受け入れ 医療機関 (診療科)：	住所：
担当医：	電話番号：

自由記入

(14) 医療情報_2

令和 年 月 日 (歳 か月) 記入

■医療的ケアの状況

<p>アレルギー <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし エピペン <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>アレルゲン： 薬剤 () 食物 () その他 () 症 状： 対応方法：</p>
<p>喘息 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>誘 因： 症 状： 発作時対応方法： 薬剤名：</p>
<p>アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>原 因： 症 状： 対応方法： 薬剤名：</p>
<p>てんかん <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>予 兆： 症 状： 発作時対応方法： 座薬 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (薬剤名) 薬剤名：</p>
<p>その他の疾患 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>病 名： 症 状： 対応方法： 薬剤名：</p>
<p>特記事項</p>	<p>(禁忌事項, 運動の制限, 集団参加の適否 など)</p>

(14) 医療情報_3

令和 年 月 日 (歳 か月) 記入

■医療的ケアの状況

<p>吸引 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>日常の酸素飽和度： () % 実施の目安： <input type="checkbox"/>口腔内カニューレ () Fr <input type="checkbox"/>鼻腔内カニューレ () Fr <input type="checkbox"/>気管内カニューレ () Fr () cm挿入可 使用吸引器名称：</p>
<p>気管切開 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>人工鼻の装着：<input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし ガーゼ交換の頻度： 回/日 カニューレの種類：<input type="checkbox"/>カフ付き <input type="checkbox"/>カフ無 カニューレのサイズ： () Fr</p>
<p>栄養管理 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>経口摂取：<input type="checkbox"/>ミキサー <input type="checkbox"/>刻み <input type="checkbox"/>普通食 経管栄養：<input type="checkbox"/>経鼻チューブ <input type="checkbox"/>胃ろう <input type="checkbox"/>腸ろう 注入内容 () 注入時間 () 注入量 ()</p>
<p>導尿 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>方法：<input type="checkbox"/>自己導尿 <input type="checkbox"/>導尿 <input type="checkbox"/>その他 () 尿量： 1回約 () ml () 時間毎 カテーテル： () Fr 注意点：</p>
<p>酸素吸入 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>実施の目安： 酸素 () ℓ/min 酸素飽和度 () % <input type="checkbox"/>酸素マスク <input type="checkbox"/>酸素鼻孔カニューラ <input type="checkbox"/>常時同条件での吸入 <input type="checkbox"/>体調変化により吸入 <input type="checkbox"/>その他 酸素ボンベ事業所名：</p>
<p>噴霧吸入 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p><input type="checkbox"/>常時吸入 <input type="checkbox"/>体調変化により吸入 実施の目安： 薬剤名： 量：</p>
<p>人工呼吸器 <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p>	<p>実施の目安： 酸素 () ℓ/min 酸素飽和度 () % 機種： 条件モード： 呼吸回数： () 回/分 1回換気量： () ml/回 その他：</p>

(14) 医療情報_4

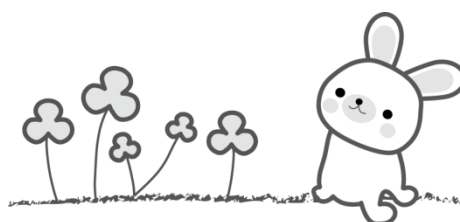
■その他必要な医療的ケア

令和 年 月 日 (歳 か月) 記入

令和 年 月 日 (歳 か月) 記入

令和 年 月 日 (歳 か月) 記入

令和 年 月 日 (歳 か月) 記入



(14) 医療情報_5

■病歴（入院・手術・治療歴等）

年 月 日（ 歳 か月）～ 年 月 日（ 歳 か月）		
医療機関：	受診科（診断名）：	担当医：
内容： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治		
年 月 日（ 歳 か月）～ 年 月 日（ 歳 か月）		
医療機関：	受診科（診断名）：	担当医：
内容： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治		
年 月 日（ 歳 か月）～ 年 月 日（ 歳 か月）		
医療機関：	受診科（診断名）：	担当医：
内容： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治		
年 月 日（ 歳 か月）～ 年 月 日（ 歳 か月）		
医療機関：	受診科（診断名）：	担当医：
内容： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治		
年 月 日（ 歳 か月）～ 年 月 日（ 歳 か月）		
医療機関：	受診科（診断名）：	担当医：
内容： <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 完治		

(14) 医療情報_6

退院前に担当医等に質問し、記録しておきましょう。また、退院前に「診療情報提供書」(保険適用)を依頼しておきましょう。

令和 年 月 日 (歳 か月) 記入

■入院中の経過、今後の治療や検査予定

入院期間： 年 月 日～ 年 月 日

■退院後の生活の注意事項(服薬、運動の制限、集団参加など)