

記入例

ここから、定期的な受診，継続的な服薬，医療的ケアの必要なお子さんについて，記入していただく頁です。必要な項目について適宜記入して，ファイルに保管してください。

(13) 医療情報_1

■医療機関

医療機関：T大学病院 受診科（診断名）：小児科 小児神経 難治性てんかん 住所：東京都〇〇区	（初診日 25年4月1日～ ■継続中 □終了） 担当医：小児神経科 T医師 電話番号：●●-●●●●-●●●●
医療機関：M市立病院 受診科（診断名）：小児科 小児神経 喉頭軟化症 住所：千葉県〇〇市	（初診日 25年8月1日～ ■継続中 □終了） 担当医：小児神経科 A医師 電話番号：●●●●-●●-●●●●
医療機関：A訪問診療所 受診科（診断名）： 難治性てんかん，喉頭軟化症 住所：千葉県〇〇市	（初診日 25年11月2日～ ■継続中 □終了） 担当医：小児科 C医師 電話番号：●●●-●●●-●●●●
医療機関： 受診科（診断名）： 住所：	（初診日 年 月 日～ □継続中 □終了） 担当医： 電話番号：
医療機関： 受診科（診断名）： 住所：	（初診日 年 月 日～ □継続中 □終了） 担当医： 電話番号：
医療機関： 受診科（診断名）： 住所：	（初診日 年 月 日～ □継続中 □終了） 担当医： 電話番号：
医療機関： 受診科（診断名）： 住所：	（初診日 年 月 日～ □継続中 □終了） 担当医： 電話番号：

記入例

■訪問看護ステーション

事業所名：A訪問看護ステーション 担当者：S看護師 看護内容（訪問回数）： 週2回 火・木 15～16時 入浴介助	（開始年月日 25年5月1日～ ■継続中 □終了） 電話番号：●●●-●●●-●●●●
事業所名： 担当者： 看護内容（訪問回数）：	（開始年月日 年 月 日～ □継続中 □終了） 電話番号：
事業所名： 担当者： 看護内容（訪問回数）：	（開始年月日 年 月 日～ □継続中 □終了） 電話番号：

■緊急時の対応について

緊急時の対応について： <ul style="list-style-type: none"> ・てんかん発作が5分以上続いたときは、ダイアップ座薬 10mgを挿肛し、救急車でT大学病院に搬送する。 ・気管カニューレが抜けた時にはその場で再挿入し、A訪問診療所に電話をして報告をする。 	
緊急時受け入れ 医療機関（診療科）： T大学病院 小児科 小児神経 担当医：小児神経科 T医師	住所：東京都〇〇区 電話番号：●●-●●●●-●●●●

自由記入

(13) 医療情報_2

記入例

平成 25 年 12 月 1 日 (1 歳 4 か月) 記入

■医療的ケアの状況

<p>アレルギー ■あり □なし</p> <p>エピペン ■あり □なし</p>	<p>アレルゲン： 薬剤 (なし) 食物 (卵) その他 ()</p> <p>症 状：食べた後 10 分後くらいに口の周りが赤く腫れてくる。</p> <p>対応方法：すぐに母に連絡をする。アナフィラキシー症状 (動悸や吐き気, 腹痛, 手足のしびれ等) が見られたときは, エピペンを使用し, 救急搬送をする。</p>
<p>喘息 ■あり □なし</p>	<p>誘 因：季節の変わり目</p> <p>症 状：激しい咳き込み ヒューヒューと音がする</p> <p>発作時対応方法：吸入薬を使用する</p> <p>薬剤名：インタール吸入薬</p>
<p>アトピー性皮膚炎 ■あり □なし</p>	<p>原 因：花粉</p> <p>症 状：皮膚のかゆみが強くなり, カサカサした肌になる</p> <p>対応方法：軟膏を塗る</p> <p>薬剤名：ステロイド軟膏</p>
<p>てんかん ■あり □なし</p>	<p>予 兆：気持ち悪そうな様子がある</p> <p>症 状：右目がピクピクしてきて, 次第に右手にも広がっていく。嘔吐をし, その後眠ってしまう。</p> <p>発作時対応方法： 座薬 □なし ■あり (薬剤名 ダイアアップ 10mg)</p> <p>薬剤名：テグレトール 0.5mg 朝・夕内服</p>
<p>その他の疾患 □あり ■なし</p>	<p>病 名：</p> <p>症 状：</p> <p>対応方法：</p> <p>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>

記入例

(13) 医療情報_3

平成 年 月 日 (歳 か月) 記入

■医療的ケアの状況

<p>吸引 ■あり □なし</p>	<p>日常の酸素飽和度： (94~97) % 実施の目安： ゼロゼロと音がしたとき、咳き込んだとき <input type="checkbox"/>口腔内カニューレ (10) Fr <input type="checkbox"/>鼻腔内カニューレ () Fr <input type="checkbox"/>気管内カニューレ (9) Fr (5) cm挿入可 使用吸引器名称：パワースマイル</p>
<p>気管切開 ■あり □なし</p>	<p>人工鼻の装着：■あり □なし ガーゼ交換の頻度： 1回/日 カニューレの種類： <input type="checkbox"/>カフ付き ■カフ無 カニューレのサイズ： (4.5) Fr</p>
<p>栄養管理 ■あり □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 ■胃ろう <input type="checkbox"/>腸ろう 注入内容 (ラコール/水分補給 さ湯) 注入時間 (ラコール6時, 12時, 18時, 22時/水分補給 さ湯 12時, 18時) 注入量 (ラコール100cc+さ湯50cc/水分補給 さ湯 50cc)</p>
<p>導尿 ■あり □なし</p>	<p>方法： <input type="checkbox"/>自己導尿 ■導尿 <input type="checkbox"/>その他 () 尿量： 1回約 (80) ml (8) 時間毎 カテーテル： (6) Fr 注意点：カテーテルを挿入するときに痛がるので、ゆっくり行う。</p>
<p>酸素吸入 ■あり □なし</p>	<p>実施の目安： 酸素 (0.5) l/min 酸素飽和度 (98) % ■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：〇〇会社</p>
<p>噴霧吸入 ■あり □なし</p>	<p><input type="checkbox"/>常時吸入 ■体調変化により吸入 実施の目安：喘息のような症状が見られたとき 薬剤名：メプチン吸入 量：1回0.2ml</p>
<p>人工呼吸器 ■あり □なし</p>	<p>実施の目安： 酸素 (0.5) l/min 酸素飽和度 (98) % 機種：PHILIPS トリロジー100 条件モード：IMV 呼吸回数： (20) 回/分 1回換気量： (50) ml/回 その他：人工呼吸器使用時はSPO2モニターを装着する。</p>

(13) 医療情報_5

記入例

■病歴（入院・手術・治療歴等）

H25年4月1日（0歳8か月）～ H25年6月30日 （0歳10か月）		
医療機関：T大学病院	受診科（診断名）：小児科（難治性てんかん） 担当医：T医師	
内容：■治療中 □完治 生後8か月のときに、てんかん発作が起き検査入院。難治性てんかんの診断がつき、投薬治療を行った。現在も定期通院し、内服コントロールを行っている。また、半年ごとに脳波検査を行っている。		
H25年8月1日（1歳0か月）～ H25年11月1日 （1歳3か月）		
医療機関：M市立病院	受診科（診断名）：小児科（喉頭軟化症） 担当医：A医師	
内容：■治療中 □完治 呼吸の状態が悪くなり、M市立病院に検査入院。喉頭軟化症の診断がつき、H25年9月25日に気管切開術を受ける。人工呼吸器を利用。定期的に通院している。		
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：□治療中 □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：□治療中 □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：□治療中 □完治		