

※ここからは、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。

（16－①）医療情報【医療機関等】

●医療機関について

医療機関		受診科	
診察券番号		診断名	
初診日	年 月 日	（ ☐ 継続中 ☐ 年 月終了）	
住 所			
電話番号			
医療機関		受診科	
診察券番号		診断名	
初診日	年 月 日	（ ☐ 継続中 ☐ 年 月終了）	
住 所			
電話番号			
医療機関		受診科	
診察券番号		診断名	
初診日	年 月 日	（ ☐ 継続中 ☐ 年 月終了）	
住 所			
電話番号			
医療機関		受診科	
診察券番号		診断名	
初診日	年 月 日	（ ☐ 継続中 ☐ 年 月終了）	
住 所			
電話番号			
医療機関		受診科	
診察券番号		診断名	
初診日	年 月 日	（ ☐ 継続中 ☐ 年 月終了）	
住 所			
電話番号			
医療機関		受診科	
診察券番号		診断名	
初診日	年 月 日	（ ☐ 継続中 ☐ 年 月終了）	
住 所			
電話番号			

前ページ（【医療機関等】）の続き

●医療機関について

医療機関		受診科	
診察券番号		診断名	
初診日	年 月 日	(☐ 継続中 ☐ 年 月終了)	
住 所			
電話番号			
医療機関		受診科	
診察券番号		診断名	
初診日	年 月 日	(☐ 継続中 ☐ 年 月終了)	
住 所			
電話番号			
医療機関		受診科	
診察券番号		診断名	
初診日	年 月 日	(☐ 継続中 ☐ 年 月終了)	
住 所			
電話番号			
医療機関		受診科	
診察券番号		診断名	
初診日	年 月 日	(☐ 継続中 ☐ 年 月終了)	
住 所			
電話番号			
医療機関		受診科	
診察券番号		診断名	
初診日	年 月 日	(☐ 継続中 ☐ 年 月終了)	
住 所			
電話番号			

●訪問看護について

事業所名		担当者	
開始日	年 月 日	（ ☐ 継続中 ☐ 年 月終了 ）	
看護内容等			
住 所			
電話番号			
事業所名		担当者	
開始日	年 月 日	（ ☐ 継続中 ☐ 年 月終了 ）	
看護内容等			
住 所			
電話番号			
事業所名		担当者	
開始日	年 月 日	（ ☐ 継続中 ☐ 年 月終了 ）	
看護内容等			
住 所			
電話番号			

●緊急時の対応等について（※当てはまる箇所について具体的にご記入ください）

・発熱：（ ）℃以上で家族に連絡 ・けいれん： ・酸素飽和度（SPO₂）低下： ・気管カニューレ抜去： ・経鼻経管抜去： ・胃ろう抜去： ・その他：

●緊急時の受け入れについて

医療機関		受診科	
担当医		診断名	
住 所			
電話番号			
医療機関		受診科	
担当医		診断名	
住 所			
電話番号			

（16－②）医療情報【科目別】

記入日

令和 年 月 日
（ 歳 か月）

※他のシートと重複する項目があります。

普段の体温：（ ）℃

脈：（ ）回／分

●医療的ケア： ☐あり（※下表の該当欄に記入） ☐なし

科目	・ケアの内容により、施設等でも実施する行為や管理するものがあります。「あり」の項目をチェックして、施設職員と情報を共有しましょう。 （※印の部分のみ「あり」になる場合は、記入前にお申し出ください。）
循環器	ペースメーカー： ☐ なし ☐ あり(場所：)
	心電図モニター： ☐ なし ☐ あり
	その他： ()
呼吸器	パルスオキシメータ： ☐ なし ☐ あり（常時・必要時：) 日頃の酸素飽和度（SPO ₂ ： ～ %）
	エアウェイ： ☐ なし ☐ あり（鼻・口）
	気管切開： ☐ なし ☐ あり
	喉頭気管分離： ☐ なし ☐ あり
	人工呼吸器： ☐ なし ☐ あり（常時・必要時：)の時）
	加温・加湿： ☐ なし ☐ あり（加温・加湿）
	酸素： ☐ なし ☐ あり（常時・)の時）（) l/min
	吸引： ☐ なし ☐ あり
	吸入： ☐ なし ☐ あり（噴霧・ネブライザー）
	排痰補助具： ☐ なし ☐ あり
	※気管支拡張テープ： ☐ なし ☐ あり（常時・必要時：)
	その他： ()
	消化器
栄養： ☐ なし ☐ あり(経管・胃瘻・腸瘻)	
栄養の内容： ()	
人工肛門： ☐ なし ☐ あり（)	
※排便処置： ☐ なし ☐ あり（座薬・浣腸）	
その他： ()	
泌尿器	導尿： ☐ なし ☐ あり（尿量測定：なし・あり⇒1日平均 ml）
	透析： ☐ なし ☐ あり
	その他： ()
耳鼻科	※聴力補助具： ☐ なし ☐ あり（補聴器・人工内耳）
	点耳： ☐ なし ☐ あり（右耳・左耳）（薬剤名：)
	その他： ()

眼 科	視力矯正： ☐ なし ☐ あり（ 右眼 ・ 左眼 ）（ 眼鏡 ・ コンタクト ）
	※点眼： ☐ なし ☐ あり（ 右眼 ・ 左眼 ）（ 薬剤名： ）
	眼軟膏： ☐ なし ☐ あり（ 右眼 ・ 左眼 ）（ 薬剤名： ）
	その他： （ ）
皮膚科	※軟膏： ☐ なし ☐ あり（ 保湿 ・ ステロイド ・ 抗生物質 ）
	使用部位： （ 全身 ・ 顔 ・ その他： ）
	その他： （ ）
アレルギー	除去食： ☐ なし ☐ あり（ ）
	その他： ☐ なし ☐ あり（ ラテックス ・ その他： ）
	症状への対応： ☐ なし ☐ あり（ エピペン ・ 内服 ・ その他： ）
	その他： （ ）
神経科	頭部シャント： ☐ なし ☐ あり（ ）
	ケイレン： ☐ なし ☐ あり（ 熱性 ・ てんかん系 ）
	処置対応： （ 安静のみ ・ 座薬 ・ 注射 ・ VNS ）
	その他： （ ）
上記以外に行っている医療的ケアなど	

（16-③）医療情報【医療的ケア詳細】

記入日

令和 年 月 日
(歳 か月)

※変更を生じた場合は赤字で修正するか、新しいシートにご記入ください。

普段の体温： () °C 脈： () 回/分 酸素飽和度： () %

気管切開 □なし □あり	喉頭気管分離： □なし □あり
	人工鼻の装着： □なし □常時使用 □一時的に使用 ()
	スピーチバルブ： □なし □終日使用 □飲食時のみ使用 □その他 ()
	ガーゼ交換の頻度： () 回/日 ・ ガーゼ使用無し
	カニューレの種類： □カフ付き () ml □カフ無し
	カニューレの名称： () サイズ： () Fr
人工呼吸器 □なし □あり	□常時 □夜間のみ □睡眠時 □経管栄養中
	呼吸器の名称（機種）： ()
	マスクの型： □フルマスク □鼻マスク □気管カニューレ
	呼吸回数： () 回/分 1回換気量： () ml/回
	モード設定： □A/C □SIMV □CPAP
	□一時も外せない □入浴時・移乗時は () 分程度であれば外して可 □活動時のみ（遊具遊び・リハビリ・プールなど） □その他 ()
酸素 □あり □なし	□呼吸器使用時に常時使用 () l/min
	□医師の指示にあてはまるときのみ使用（SPO ₂ の低下等） ※酸素飽和度 () %以下で、酸素 () l から開始。最大 () l まで
	□酸素マスク □酸素鼻孔カニューラ
	酸素ボンベ事業所名： ()
吸引 □なし □あり	□口腔内 () Fr 挿入 () cm
	実施の目安： □鼻腔内 () Fr 挿入 () cm
	□気管内 () Fr 挿入 () cm
	吸引圧： () kPa
	使用吸引器名称： ()
導尿 □なし □あり	方法： □自己導尿 □導尿 □その他 ()
	尿量： 1 回約 () ml / 時間 ()
	カテーテル： () Fr 尿測： □あり □なし
	注意点： ()
噴霧吸入 □なし □あり	□常時 □定時 () □体調変化により吸入 ()
	実施の目安： ()
	薬剤名と量： ()
排便処置 自然 □あり □なし	□浣腸使用： 薬剤名 () 使用量 () ml
	□座薬使用： 薬剤名 () 使用量 ()
	□摘便
	実施時刻・タイミング： ()

年 月 記入 栄養管理 ☐ なし ☐ あり	経口摂取	☐ ペースト ☐ 刻み ☐ 普通食 ☐ アレルギー有 ☐ 普通摂取可 ☐ 様子見て数口可 ☐ 味覚刺激（なめる程度）のみ				
	経管栄養	☐ 経鼻 ☐ 経口 チューブの種類：（ ）, （ ）cm				
		☐ 胃ろう ☐ 腸ろう 種類：（ ボタン・チューブ ）, （ バルーン・バンパー ） メーカー名または名称：（ ） サイズ：（ ）Fr, シャフト長さ：（ ）cm, 固定水：（ ）ml				
		注入時間				
		注入内容				
	注入方法・速度	☐ 自然滴下：（ ）分くらい ☐ ポンプ：（ ）ml/h ☐ シリンジ注入				
	注入力量	Total（ ）				
年 月 記入 栄養管理 ☐ なし ☐ あり	経口摂取	☐ ペースト ☐ 刻み ☐ 普通食 ☐ アレルギー有 ☐ 普通摂取可 ☐ 様子見て数口可 ☐ 味覚刺激（なめる程度）のみ				
	経管栄養	☐ 経鼻 ☐ 経口 チューブの種類：（ ）, （ ）cm				
		☐ 胃ろう ☐ 腸ろう 種類：（ ボタン・チューブ ）, （ バルーン・バンパー ） メーカー名または名称：（ ） サイズ：（ ）Fr, シャフト長さ：（ ）cm, 固定水：（ ）ml				
		注入時間				
		注入内容				
	注入方法・速度	☐ 自然滴下：（ ）分くらい ☐ ポンプ：（ ）ml/h ☐ シリンジ注入				
	注入力量	Total（ ）				
年 月 記入 栄養管理 ☐ なし ☐ あり	経口摂取	☐ ペースト ☐ 刻み ☐ 普通食 ☐ アレルギー有 ☐ 普通摂取可 ☐ 様子見て数口可 ☐ 味覚刺激（なめる程度）のみ				
	経管栄養	☐ 経鼻 ☐ 経口 チューブの種類：（ ）, （ ）cm				
		☐ 胃ろう ☐ 腸ろう 種類：（ ボタン・チューブ ）, （ バルーン・バンパー ） メーカー名または名称：（ ） サイズ：（ ）Fr, シャフト長さ：（ ）cm, 固定水：（ ）ml				
		注入時間				
		注入内容				
	注入方法・速度	☐ 自然滴下：（ ）分くらい ☐ ポンプ：（ ）ml/h ☐ シリンジ注入				
	注入力量	Total（ ）				

年 月 日 記入 栄養管理 ☐ なし ☐ あり	経口摂取	☐ ペースト ☐ 刻み ☐ 普通食 ☐ アレルギー有 ☐ 普通摂取可 ☐ 様子見て数口可 ☐ 味覚刺激（なめる程度）のみ				
	経管栄養	☐ 経鼻 ☐ 経口 チューブの種類：（ ）, （ ） cm				
		☐ 胃ろう ☐ 腸ろう 種類：（ ボタン・チューブ ）, （ バルーン・バンパー ） メーカー名または名称：（ ） サイズ：（ ） Fr, シャフト長さ：（ ） cm, 固定水：（ ） ml				
		注入時間				
		注入内容				
	注入方法・速度	☐ 自然滴下：（ ）分くらい ☐ ポンプ：（ ） ml/h ☐ シリンジ注入				
	注入力量	Total（ ）				
年 月 日 記入 栄養管理 ☐ なし ☐ あり	経口摂取	☐ ペースト ☐ 刻み ☐ 普通食 ☐ アレルギー有 ☐ 普通摂取可 ☐ 様子見て数口可 ☐ 味覚刺激（なめる程度）のみ				
	経管栄養	☐ 経鼻 ☐ 経口 チューブの種類：（ ）, （ ） cm				
		☐ 胃ろう ☐ 腸ろう 種類：（ ボタン・チューブ ）, （ バルーン・バンパー ） メーカー名または名称：（ ） サイズ：（ ） Fr, シャフト長さ：（ ） cm, 固定水：（ ） ml				
		注入時間				
		注入内容				
	注入方法・速度	☐ 自然滴下：（ ）分くらい ☐ ポンプ：（ ） ml/h ☐ シリンジ注入				
	注入力量	Total（ ）				
年 月 日 記入 栄養管理 ☐ なし ☐ あり	経口摂取	☐ ペースト ☐ 刻み ☐ 普通食 ☐ アレルギー有 ☐ 普通摂取可 ☐ 様子見て数口可 ☐ 味覚刺激（なめる程度）のみ				
	経管栄養	☐ 経鼻 ☐ 経口 チューブの種類：（ ）, （ ） cm				
		☐ 胃ろう ☐ 腸ろう 種類：（ ボタン・チューブ ）, （ バルーン・バンパー ） メーカー名または名称：（ ） サイズ：（ ） Fr, シャフト長さ：（ ） cm, 固定水：（ ） ml				
		注入時間				
		注入内容				
	注入方法・速度	☐ 自然滴下：（ ）分くらい ☐ ポンプ：（ ） ml/h ☐ シリンジ注入				
	注入力量	Total（ ）				

（16－④）医療情報【病歴等】

※ページが不足した場合は、コピーしてご利用ください。

※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。

●病歴について（入院・手術・治療歴等）

期 間	年 月 日（ 歳 か月）から 年 月 日（ 歳 か月）	
医療機関		受 診 科
担 当 医		診 断 名
内 容	※経過や今後の予定，退院後の注意事項等（服薬，運動の制限，集団参加など）についてもご記入ください。 □治療中 □完治	
期 間	年 月 日（ 歳 か月）から 年 月 日（ 歳 か月）	
医療機関		受 診 科
担 当 医		診 断 名
内 容	※経過や今後の予定，退院後の注意事項等（服薬，運動の制限，集団参加など）についてもご記入ください。 □治療中 □完治	
期 間	年 月 日（ 歳 か月）から 年 月 日（ 歳 か月）	
医療機関		受 診 科
担 当 医		診 断 名
内 容	※経過や今後の予定，退院後の注意事項等（服薬，運動の制限，集団参加など）についてもご記入ください。 □治療中 □完治	

前ページ（【病歴等】）の続き

※ページが不足した場合は、コピーしてご利用ください。

※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。

●病歴について（入院・手術・治療歴等）

期 間	年 月 日（ 歳 か月）から 年 月 日（ 歳 か月）	
医療機関		受 診 科
担 当 医		診 断 名
内 容	※経過や今後の予定、退院後の注意事項等（服薬、運動の制限、集団参加など）についてもご記入ください。 □治療中 □完治	
期 間	年 月 日（ 歳 か月）から 年 月 日（ 歳 か月）	
医療機関		受 診 科
担 当 医		診 断 名
内 容	※経過や今後の予定、退院後の注意事項等（服薬、運動の制限、集団参加など）についてもご記入ください。 □治療中 □完治	
期 間	年 月 日（ 歳 か月）から 年 月 日（ 歳 か月）	
医療機関		受 診 科
担 当 医		診 断 名
内 容	※経過や今後の予定、退院後の注意事項等（服薬、運動の制限、集団参加など）についてもご記入ください。 □治療中 □完治	

前ページ（【病歴等】）の続き

※ページが不足した場合は、コピーしてご利用ください。

※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。

●病歴について（入院・手術・治療歴等）

期 間	年 月 日（ 歳 か月）から 年 月 日（ 歳 か月）	
医療機関		受 診 科
担 当 医		診 断 名
内 容	※経過や今後の予定、退院後の注意事項等（服薬、運動の制限、集団参加など）についてもご記入ください。	
□治療中 □完治		

前ページ（【病歴等】）の続き

※ページが不足した場合は、コピーしてご利用ください。

※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。

●病歴について（入院・手術・治療歴等）

期 間	年 月 日（ 歳 か月）から 年 月 日（ 歳 か月）	
医療機関		受 診 科
担 当 医		診 断 名
内 容	※経過や今後の予定，退院後の注意事項等（服薬，運動の制限，集団参加など）についてもご記入ください。	
□治療中 □完治		

（16－⑤）医療情報【災害時】

●災害発生時に必要な支援や情報等について確認しておきましょう。

柏市防災福祉K-N e t ⇒ 柏市HP＞防災・安全＞防災＞避難行動要支援者	登 録： ☐ あり ☐ なし
	救急医療情報キット： ☐ あり ☐ なし
	キット保管場所： （ ）
	その他：
避難場所 ⇒ 柏市HP＞防災・安全＞防災＞避難所一覧	地区避難場所： （ ）
	福祉避難所： （ ）
	その他：
医療機関（病院・クリニック等） （病院名： ）	連携等： ☐ あり ☐ なし
	内容等： ☐ 来院 ☐ 在宅支援 ☐ その他
	その他：
人工呼吸器 （メーカー名： ）	連携等： ☐ あり ☐ なし
	内容等： （ ）
	その他：
非常用電源等	非常用電源： ☐ あり ☐ なし
	種 類： ☐ 予備バッテリー ☐ 蓄電池
	保管場所： （ ）
	電力会社及び連絡先等：
	その他：
障害福祉サービス等事業所 （事業所名： ）	連携等： ☐ あり ☐ なし
	内容等： （ ）
	その他：
その他：	

※柏市ホームページ（<https://www.city.kashiwa.lg.jp/anshinanzen/index.html>）にも，各種防災関連情報が掲載されています。 柏市 防災・安全 🔍 ⇒ 検索