※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。

(16一①) 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	В	(□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	B	(□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)

● 素心的の別心寺に フマー (水当 C は S の 固 川 に フロー (
発熱: () °C以上で家族に連絡
・けいれん:
・酸素飽和度(SPO ₂)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】

※他のシートと重複する項目があります。

= 7.3. m	全	和		年	J]	E	3
記入日	(歳		かり])	
普段の	体温	:	()	°C	
脈	•	()	同 /	/分	

_	T-+41-		/w=+a=+w======	
)失後いケナ。	⊢⊿カり	(※下表の該当欄に記入)	□□なし

	・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。 をチェックして、施設職員と情報を共有しましょう。	「あり」の項目
科目	(※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。) 	
	ペースメーカー: □なし □あり(場所:)
循環器	心電図モニター: □なし □あり	
	その他: ()
	□なし □あり(常時 · 必要時: パルスオキシメータ:)
	日頃の酸素飽和度(SPO ₂ : ~	%)
	エアウェイ: □なし □あり(鼻 ・ □)	
	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)
naj naz 90	加温・加湿: □なし □あり (加温 ・加湿)	
呼吸器	酸素: □なし □あり (常時 ・ の時) () I/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: (
)
	点滴: □なし □あり(常時 ・定期)	
	栄養: □なし □あり(経管・胃瘻・腸瘻)	
	- 栄養の内容: ()
消化器	人工肛門: □なし □あり()
	その他:(
)
	導尿: □なし □あり(尿量測定:なし ・あり ⇒ 1日平均	ml)
泌尿器		
	その他: ()
	※聴力補助具: □なし □あり (補聴器 · 人工内耳)	
)
耳鼻科	その他: (
)

	視力矯正: □なし □あり(右眼 ・左眼)(眼鏡 ・コンタクト)	
眼科		
	※点眼: □なし □あり(右眼・左眼) (薬剤名: □なし □あり(右眼・左眼) (薬剤名: □なし □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
	眼軟膏: □なし □あり (右眼・左眼) (薬剤名:	
	その他: ()
-	※軟膏: □なし □あり (保湿 · ステロイド · 抗生物質)	,
皮膚科	使用部位: (全身・顔・その他:)
	その他: ()
	除去食: 口なし 口あり()
アレルギー	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: ()
	頭部シャント: □なし □あり ()
神経科	ケイレン: □なし □あり (熱性 ・ てんかん系)	
11 477-1-1	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
記入口	(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: () %
	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()
気管切開	スピーチバルブ: □なし □終日使用 □飲食時のみ使用 □その他()
□なし □あり	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
	□常時 □夜間のみ □睡眠時 □経管栄養中	
	呼吸器の名称(機種): ()
人工	マスクの型: □フルマスク □鼻マスク □気管カニューレ	
呼吸器	呼吸回数: ()回/分 1回換気量: ()ml/回	
□なし	モード設定: □A/C □SIMV □CPAP	
□あり	□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()
	□呼吸器使用時に常時使用() I/min	
酸素	\square 医師の指示にあてはまるときのみ使用(SPO_2 の低下等)	
□あり	※酸素飽和度()%以下で,酸素()ℓから開始。最大()	ℓまで
□なし	□酸素マスク □酸素鼻孔カニューラ	
□なし	□酸素マスク □酸素鼻孔カニューラ酸素ボンベ事業所名: ()
□なし)
□なし 吸引	酸素ボンベ事業所名:()
	酸素ボンベ事業所名: (□□腔内() Fr 挿入() cm)
吸引	酸素ボンベ事業所名: (□□腔内() Fr 挿入() cm 実施の目安: □鼻腔内() Fr 挿入() cm)
吸引 □なし	酸素ボンベ事業所名: ()
吸引 □なし □あり	酸素ボンベ事業所名: ()
吸引 □なし □あり 導尿	酸素ボンベ事業所名: ()
吸引 □なり □あり □あし	酸素ボンベ事業所名: ()
吸引 □なし □あり 導尿	酸素ボンベ事業所名: (□□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: (方法: □自己導尿 □導尿 □その他(尿量: 1回約() ml / 時間())
吸引 □なり □あり □あし	酸素ボンベ事業所名: (□□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: (方法: □自己導尿 □導尿 □その他() 所 / 時間() カテーテル: () Fr 尿測: □あり □なし)
吸引 □あり □あり □あり	酸素ボンベ事業所名: (□□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: (方法: □自己導尿 □導尿 □その他() 所 / 時間() カテーテル: () Fr 尿測: □あり □なし 注意点: ()
吸引 □なり □あり □あり □霧吸入	酸素ボンベ事業所名: (□□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: () kPa 使用吸引器名称: ())))))
吸引 □ あり □ 夢	酸素ボンベ事業所名: ()))))))) ml
吸ははりは、おりでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ	酸素ポンベ事業所名: (
吸のはありは、おりは、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は、は	酸素ボンベ事業所名: (□□腔内() Fr 挿入() cm 実施の目安: □鼻腔内() Fr 挿入() cm 回気管内() Fr 挿入() cm 回気管内() Fr 挿入() cm 吸引圧: () kPa 使用吸引器名称: (方法: □自己導尿 □導尿 □その他(

	経口摂取	□ペースト □刻み □普通食 □アレルギー有				
<u></u>		□普通摂取可 □様子見て数口可 □味覚刺激(なめる程度)のみ				
		□経鼻 □経□				
		チューブの種類: () , () cm				
記入		├── □胃ろう □腸ろう				
	経管栄養					
		メーカー名または名称: ()				
栄養管理		サイズ: () Fr, シャフト長さ: () cm, 固定水: () ml				
□なし	注入時間					
□あり	注入内容					
		□ □ □ □ □ □ □ □ □ □				
	・ ・ 速度	□ 日				
	注入量	Total ()				
	<u> </u>	Total (
年	経口摂取	□ベースト □刻み □音通良 □ ノレルギー有 □普通摂取可 □様子見て数口可 □味覚刺激(なめる程度)のみ				
		□日世段取り □探」兄と数ロり □外見利励(なめる住反)のの □経鼻 □経口				
月		 チューブの種類: (
記入						
	経管栄養	□胃ろう □腸ろう				
		種類:(ボタン・チューブ),(バルーン・バンパー)				
栄養管理		メーカー名または名称: () cm, 固定水: () ml				
□なし		リイス・() Fr, シャノト反さ・() CIII, 固足小・() IIII				
□あり	注入時間					
	注入内容					
		□自然滴下: () 分くらい □ポンプ: () ml/ h				
	・速度	□シリンジ注入 				
	注入量	Total (
_	経口摂取	□ペースト □刻み □普通食 □アレルギー有				
<u>年</u> 		□普通摂取可 □様子見て数口可 □味覚刺激(なめる程度)のみ				
月		□経鼻 □経口チューブの種類: (), () cm				
—— <u>万</u> 記入		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
HL/	経管栄養	□胃ろう □腸ろう				
		種類:(ボタン・チューブ),(バルーン・バンパー)				
栄養管理 栄養管理		メーカー名または名称:()				
□なし		サイズ: () Fr, シャフト長さ: () cm, 固定水: () ml				
□あり	注入時間					
	注入内容					
		□自然滴下:()分くらい □ポンプ:()ml/h				
		□シリンジ注入				
	注入量	Total (

	経口摂取	□ペースト □刻み □普通食 □アレルギー有							
<u>年</u>		□普通摂取可 □様子見て数口可 □味覚刺激(なめる程度)のみ							
		□経鼻 □経□							
		チューブの種類: (), () cm							
記入		□胃ろう □腸ろう							
	経管栄養	直							
		メーカー名または名称: ()							
栄養管理 		サイズ: () Fr, シャフト長さ: () cm, 固定水: () ml							
□ なし □あり	注入時間								
	注入内容								
	注入方法	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □							
	・速度	□シリンジ注入							
	注入量	Total (
	上八里	□ペースト □刻み □普通食 □アレルギー有							
年	経口摂取	□・・・ ○対の □ □ □ □ □ ファンルコ 有 □ □ 普通摂取可 □ □様子見て数口可 □ □ 味覚刺激(なめる程度)のみ							
<u></u>		□経算□経□							
月									
記入									
	経管栄養	□胃ろう □腸ろう							
		種類: (ボタン・チューブ), (バルーン・バンパー)							
栄養管理		メーカー名または名称: () 。 田宮水: () 。) 。							
□なし		サイズ: () Fr, シャフト長さ: () cm, 固定水: () ml							
□あり	注入時間								
	注入内容								
	注入方法	□自然滴下:()分くらい □ポンプ:()ml/h							
	・速度 	□シリンジ注入							
	注入量	Total (
	経口摂取	□ペースト □刻み □普通食 □アレルギー有							
<u> </u>		□普通摂取可 □様子見て数口可 □味覚刺激(なめる程度)のみ							
<u> 月</u> 記入		チューブの種類: (), () cm							
記入	経管栄養	□胃ろう □腸ろう							
		種類:(ボタン・チューブ), (バルーン・バンパー)							
栄養管理 栄養管理		メーカー名または名称:()							
□なし		サイズ: () Fr, シャフト長さ: () cm, 固定水: () ml							
□あり	注入時間								
	注入内容								
		□自然滴下:()分くらい □ポンプ:()ml/h							
	注入方法 ・速度	□ 目然滴ト: () 分くらい □ ボンフ: () ml/ h □ シリンジ注入							

(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。

期	間		年	月	日 (歳	か月)か	ら	年	月	日	(歳	か月)
医扼	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	ご記入くだる	さい。
		•											
#0	BB	_	<i>/</i>			ᄮᆕ	<i>L</i> , □ \ <i>L</i> ,		<i></i>			□治療中	□完治
期	間		年	月	日(歳	か月)か		年 ■	月	日	(歳	か月)
	療機関 当 医						受診 診断						
内		※経過や	今後の子	定 退院	後の注音車	酒竿 (眠	型 薬,運動の制		集団参加な	ど) につ	いっても、こ	ご記入くだえ	<u> </u>
l 1	ъ		7 (20)	AC, ASIN	, 区•7 工心于	- X () () ()	来, <i>是</i> 到 <i>9</i> 师	J F2C,	本国シ加る	C) (C)			- • •
												□治療中	□完治
期	間		年	月	日 (歳	か月)か		年	月	日	(歳	か月)
	療機関						受診						
	当医						診断						
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	ご記入くだる	えい。
												□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。

期	間		年	月	日 (歳	か月)か	ら	年	月	日	(歳	か月)
医扼	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	ご記入くだる	さい。
		•											
#0	BB	_	<i>/</i>			ᄮᆕ	<i>L</i> , □ \ <i>L</i> ,		<i></i>			□治療中	□完治
期	間		年	月	日(歳	か月)か		年 ■	月	日	(歳	か月)
	療機関 当 医						受診 診断						
内		※経過や	今後の子	定 退院	後の注音車	酒竿 (眠	型 薬,運動の制		集団参加な	ど) につ	いっても、こ	ご記入くだえ	<u> </u>
l 1	ъ		7 (20)	AC, ASIN	, 区•7 工心于	- X () () ()	来, <i>是</i> 到 <i>9</i> 师	J F2C,	本国シ加る	C) (C)			- • •
												□治療中	□完治
期	間		年	月	日 (歳	か月)か		年	月	日	(歳	か月)
	療機関						受診						
	当医						診断						
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	ご記入くだる	えい。
												□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。

期	間		年	月	日 (歳	か月)から	年	月	日 (歳	か月)
医療	機関						受診科	ŀ				
担当	医						診断名	i				
内	容	※経過や	今後の予算	定,退院後	後の注意事項	頁等 (服薬	運動の制限	,集団参	加など)につ	ついてもご記	入くださ	い。
										□;	台療中	□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。

期		間		年	月	日 (歳	か月)	から	年	月	日 (歳	か月)
医	療材	幾関						受	診 科					
担	当	医						診	断名					
F	þ	容	※経過や	今後の予	定,退院	後の注意事	項等(服薬	,運動の	か制限,	集団参加な	ょど) につ	いてもご記	入くださ	い。
			_											
													治療中	□完治

(16一⑤) 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。

	登 録: □あり □なし					
<u> </u>	救急医療情報キット: □あり □なし					
柏市防災福祉K-Net ⇒柏市HP>防災・安全>防災>避難行動要支援者	キット保管場所: ()					
· 川山川 · 例火 · 女王 · 例火 · 起热门到女人版目	その他:					
	地区避難場所: ()					
避難場所	福祉避難所: ()					
⇒柏市HP>防災・安全>防災>避難所一覧	その他:					
	連携等: □あり □なし					
医療機関(病院・クリニック等)	内容等: □来院 □在宅支援 □その他					
(病院名:	その他:					
	連携等: 口あり 口なし					
人工呼吸器	内容等:()					
(メーカー名:)	その他:					
	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: ()					
非常用電源等	電力会社及び連絡先等:					
	その他:					
	連携等: □あり □なし 					
障害福祉サービス等事業所	内容等: ()					
(事業所名:	その他:					
7 - 1						
その他:						