

神奈川県メディカルショートステイ患者情報連絡票

記載例

〈 記入日 ・更新日 〉		年 月 日	記入者氏名/続柄 (神奈川 花子/母)			
氏名	ふりがな かながわ たろう	愛称 たあくん	生年月日	S H R 年 月 日生 歳 カ月		
	神奈川 太郎		身長	cm		
住所	神奈川県●●市●●			体重		
主治医	医療機関名 ●●医療センター/●●訪問クリニック	主治医氏名 ●●医師/●●医師	主治医電話番号			
気管切開	<input checked="" type="checkbox"/> あり	カニューレタイプ メーカー名●●製品名▲▲型番●●サイズ▲▲	気管喉頭分離術 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	カフの有無 <input type="checkbox"/> あり (カフ量 CC) <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> なし	サイズ mm	カニューレ交換時期	日毎 (最終交換日)		
		ガーゼ 3 枚	カニューレ自己抜去時等の対応 (主治医の指示内容があればお書きください。)			
経鼻エアウェイ・下咽頭チューブ		種類	メーカー名●● 製品名▲▲	サイズ		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 24時間 <input checked="" type="checkbox"/> それ以外 (夜間のみ)			型番●● サイズ 4.5	挿入		
				10cm		
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> マスク式	機種名	メーカー名	担当者連絡先		
	<input type="checkbox"/> 気切	使用状況	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> なし	設定条件				
酸素	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	酸素流量 0.5 l/分 (カヌラ) 夜間0.25l/分	<input type="checkbox"/> 臨時	酸素流量 l/分 入浴中は外しても可		
吸引	<input checked="" type="checkbox"/> 口腔	吸引チューブの太さ (8)Fr		吸引時の深さ (4.5)cm		
	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input checked="" type="checkbox"/> 気管 <input type="checkbox"/> なし	吸引の頻度や留意事項を具体的に記入してください。(例:○時間毎・夜間○時間毎など) 注入前に適宜				
吸入	<input type="checkbox"/> 定時 ()時間毎・または(概ね)時	<input checked="" type="checkbox"/> 臨時	具体的などのようなとき 痰が硬い時			
	<input type="checkbox"/> なし	内容()	内容(生食3ml)			
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他()	内容	量	回数・時間など	注入方法	
	チューブタイプ 製品名●●型番▲▲	固定水 5cc	栄養剤(名称)	250	6時、18時	<input type="checkbox"/> シリンジ <input checked="" type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> その他
	チューブサイズ Fr	固定位置 cm	ガーゼ 有・ 無	白湯 50		<input type="checkbox"/> その他
	交換時期	最終交換日	ミキサー食	400g	昼	<input checked="" type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> その他
	チューブ種類(<input checked="" type="checkbox"/> 新規格・ねじるタイプ <input type="checkbox"/> 旧規格・差し込むタイプ)		白湯	100		<input type="checkbox"/> その他
	姿勢・留意事項 ベッドまたはバギー上で30分くらいかける。 自然抜去時には、吸引チューブを挿入して受診する。		電解質顆粒(名称)	1包	10時、15時	<input checked="" type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> その他
経口摂取 <input type="checkbox"/> 希望する※ <input type="checkbox"/> 希望しない		白湯	200	22時	<input checked="" type="checkbox"/> シリンジ <input checked="" type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> その他	
胃ろうからのミキサー食注入 <input type="checkbox"/> 希望する※ <input type="checkbox"/> 希望しない						
排尿	方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 留置カテ	<input type="checkbox"/> その他留意事項		
	回数・内容など	回数/日 7~9回/日	使用している	回数/日	サイズ	
		サイズに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 使用なし	(時間)	固定水	Fr
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> Big <input checked="" type="checkbox"/> スーパーBig			交換時期	cc	
				最終交換日	毎	
				月 日		
排便	方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input checked="" type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便	<input type="checkbox"/> 下剤	<input type="checkbox"/> その他留意事項			
	回数	回数/日 1回/2~3日	1/3日毎	/日毎	薬剤名・用量・用法など	
	内容		30ml		薬剤名●●毎日18時 7滴 ml・錠・包	
痙攣発作	<input checked="" type="checkbox"/> あり	(型・頻度) 全身をガクンとさせたあと硬直~脱力を数分おきに繰り返す。顔色不良になることもある。 週2~3回。寝入りばなに多い。大きい音で誘発されやすい。 最終発作 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> なし	(対応) 基本は見守り。顔色不良時は指示の座薬10mg				
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	〈薬剤〉	〈造影剤〉	〈症状や対処法〉		
	<input type="checkbox"/> なし	〈食品〉	〈その他 テープかぶれなど〉			
その他					障害福祉課 記入欄 No.	

※胃ろうからのミキサー食注入を希望の方は、希望調査表(別紙1)を記載してください。
 ※経口摂取を希望の方は、希望調査表(別紙2)を記載してください。

患者情報連絡票(一日の生活時間と内容)

〈記入日・更新日〉 年 月 日 記入者氏名()

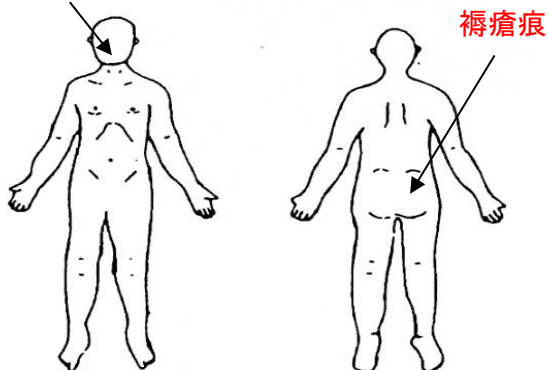
【感染症と予防接種】 □にチェックを入れ、罹患又はワクチンを打った年齢を記入してください。(複数回受けるものについては、最終接種した年月を記入してください。)

麻疹	<input type="checkbox"/> 罹患 () 歳	水痘	<input type="checkbox"/> 罹患 () 歳	BCG	(5ヶ月)	肺炎球菌	()
	<input checked="" type="checkbox"/> ワクチン (1) 歳		<input type="checkbox"/> ワクチン () 歳	三種混合	()	ロタ	()
風疹	<input type="checkbox"/> 罹患 () 歳	おたふく	<input type="checkbox"/> 罹患 () 歳	四種混合	()	日本脳炎	(1歳)
	<input type="checkbox"/> ワクチン () 歳	風邪	<input type="checkbox"/> ワクチン () 歳	五種混合	()	B型肝炎	()
新型コロナ	<input type="checkbox"/> 毎年接種	<input checked="" type="checkbox"/> 流行状況により接種	<input type="checkbox"/> 接種しない	ポリオ	()	HPV	(13歳)
インフルエンザ	<input checked="" type="checkbox"/> 毎年接種	<input type="checkbox"/> 流行状況により接種	<input type="checkbox"/> 接種しない	ヒブ	()		()

姿勢・体位(配慮が必要な事項)
 左股関節は開きにくいのでゆっくり動かす。
 体位 〈使用する物品等〉
 ビーズクッション(膝下) フローテーションパッド(腰)
 配慮事項(日頃気を付けていることなど)
 声をかけながら、行動する。

最大運動能力 □全介助 □定額 寝返り □寝返り移動
 □自力座位 □座位移動 □つかまり立ち (左記の内容を具体的に記載してください)
 左向きは自力でできる。

意思疎通 □言葉 □表情 その他 (左記の内容を具体的に記載してください)
 YESの時わずかに右手を挙げる。

リハビリ状況(病院や訪問診療においてPT、OT等によるリハビリを受けている場合)
 ●●在宅クリニックでPTを月1回程度利用している。
 ※自宅でのエアーマット 口周囲かぶれ(軟膏) 使用状況
使用している □使用していない
 褥瘡・皮膚トラブル 処置 など
 骨の変形(拘縮) あり(足)


特記・連絡事項
 平熱が低い。(35℃程度)

服薬 ある □なし

病院への移動方法 車椅子・ストレッチャー・その他() 自家用車・福祉タクシー・その他()

入院中の参考とするため、家での1日の過ごし方についてご記入ください。

時間	内容	栄養注入	服薬	吸引	吸入	オムツ交換	歯ブラシ	体位交換	その他のケア等
0~1時	睡眠							<input type="checkbox"/>	
2~3時									
4時									
5時									
6時		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7時	起床 洗面 更衣			<input type="checkbox"/>					軟膏処置
8時	登校					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
9時									
10時		<input type="checkbox"/>							
11時									
12時		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
13時									
14時	放課後デイ								
15時		<input type="checkbox"/>		(○)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	吸引は喘息強めの時
16時	午睡								
17時									
18時	帰宅	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19時									
20時	入浴 更衣					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		軟膏処置 ガーゼ交換
21時								<input type="checkbox"/>	
22時	睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
23時						<input type="checkbox"/>			