

厚木市重度障害児メディカルショートステイ利用者状況申告書〔本人・家族基本情報〕
 ～保護者・家族の方が記入してください。～

〈記入・更新日〉 年 月 日 記入者氏名)

氏名	ふりがな	愛称	生年月日	年 月 日生	年齢	歳	性別	男 女	
住所	〒					身長		血液型	
						体重		RH + -	
緊急時連絡先	①氏名： 本人との続柄： 電話番号：								
	②氏名： 本人との続柄： 電話番号：								
	③氏名： 本人との続柄： 電話番号：								
主治医	医療機関名		主治医氏名						
同居家族の構成	同居家族を○で囲み、主たる介護者に○をしてください。また、非同居親族で介護が可能な方を△で囲んでください。			特記・連絡事項					
	<pre> 祖父———祖母 祖父———祖母 父□———母○ 本人 </pre>								
利用中のサービス(訪看を含む)	電話								
	電話								
	電話								
医療保険	保険証の記号・番号		本人・家族						
	保険の種類	政府・組合・共済・日雇・船員・国保							
	保険者								
医療費助成	有・無	種類	重度障害者・特定疾病・その他()						
手帳	□身体障害者手帳(種 級) □療育手帳(A1.A2.B1.B2) □精神保健福祉手帳(級)			生活保護	有・無				
出生時情報	出生時体重	(特記事項)							
痙攣発作	□ なし	(型・頻度)	最終発作 年 月 日						
	□ あり	(対応)							
アレルギー	□ なし	(薬剤)	(症状や対処法)						
	□ あり	(食品)							
【症状や対処法】 □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	□ 罹患 (歳)	水痘	□ 罹患 (歳)	BCG ()	肺炎球菌 ()	三種混合 ()	ビブ ()		
	□ ワクチン (歳)		□ ワクチン (歳)			四種混合 ()	日本脳炎 ()		
風疹	□ 罹患 (歳)	おたふく風邪	□ 罹患 (歳)	不活性ポリオ ()	子宮頸がん ()				
	□ ワクチン (歳)		□ ワクチン (歳)	ポリオ ()					
インフルエンザ	□ 毎年接種 □ 流行状況により接種 □ 接種しない								
【今までにかかった病気や骨折歴、入院歴】									

エアウェイ	24時間 ・ それ以外 ()	種類		サイズ		挿入	cm
気管切開	<input type="checkbox"/> あり	カニューレタイプ		カフの有無	あり ・ 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)	
カニューレ事故抜去時の対応							
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	24時間 ・ その他 []				
	<input type="checkbox"/> なし	設定条件					
吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内	吸引チューブの太さ	Fr	吸引時の挿入の深さ	cm		
	<input type="checkbox"/> 鼻腔	吸引の頻度や留意事項 ※具体的に記入 (例) ~時間毎、夜間は頻回 (~時間毎) 等					
	<input type="checkbox"/> 咽頭						
	<input type="checkbox"/> 気管内						
酸素	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 臨時	酸素流量	l/分				
吸入	<input type="checkbox"/> 定時	時間毎	または	時	<input type="checkbox"/> 臨時		
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻	チューブサイズ	Fr	固定位置	cm	栄養剤	
	<input type="checkbox"/> 胃瘻	チューブタイプ					
	<input type="checkbox"/> 腸瘻	交換時期	毎 (最終交換日)				
	注入時の姿勢		留意事項 (注入時の注意点や抜去時の対応等)				
排泄	排尿方法	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 留置カテ	排便方法	<input type="checkbox"/> 自然 (オムツ)	<input type="checkbox"/> 浣腸 ・ 摘便
	回数等	回/日 (サイズ) M L LL スーパー BIG	回/日 (時間)	サイズ _____ Fr バルン水 _____ cc 交換時期 _____ 毎 最終交換日	回数	____回 / ____日	日毎
					下剤等	薬剤名 () 用量 () 用法 ()	
体位	姿勢・体位 (使用する物品等)			配慮事項			
最大運動能力	可能なものに○ 定額 ・ 寝返り ・ 自力座位 ・ つかまり立ち ・ 伝い歩き				詳細)		
意思疎通	方法) 言葉 ・ 表情 ・ その他		詳細)				
最近の状況							
連絡事項	急変時の対応						