

神奈川県メディカルショートステイ患者情報連絡票

〈 記入日・更新日 〉		年 月 日	記入者氏名/続柄(/)					
氏名	ふりがな	愛称	生年月日	S H R				
	男・女		年 月 日生 歳 カ月	身長 cm 体重 kg				
住所			電話番号					
主治医		医療機関名	主治医氏名	主治医電話番号				
気管切開	<input type="checkbox"/> あり	カニューレタイプ	気管喉頭分離術	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> なし	サイズ mm	カニューレ交換時期	カフの有無 <input type="checkbox"/> あり (カフ量 CC) <input type="checkbox"/> なし				
		ガーゼ 枚	カニューレ自己抜去時等の対応					
経鼻エアウェイ・下咽頭チューブ		種類	サイズ	挿入 cm				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> それ以外()								
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 type="checkbox"/> あり	酸素流量 ℓ/分	<input type="checkbox"/> 臨時	酸素流量 ℓ/分				
吸引	<input type="checkbox"/> 口腔	吸引チューブの太さ ()Fr 吸引時の深さ ()cm						
	<input type="checkbox"/> 鼻腔	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)						
	<input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 気管 <input type="checkbox"/> なし							
吸入	<input type="checkbox"/> 定時	()時間毎・または(概ね)時	<input type="checkbox"/> 臨時	具体的にどのようなとき				
	<input type="checkbox"/> なし	内容()		内容()				
食事	<input 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		固定水	cc		<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> その他		
	チューブサイズ	Fr	固定位置	cm	ガーゼ 有・無			
	交換時期		最終交換日			<input 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 type="checkbox"/> 新規規格・ねじるタイプ <input type="checkbox"/> 旧規格・差し込むタイプ)					<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> その他		
	姿勢・留意事項					<input 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					<input type="checkbox"/> シリンジ <input 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					<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イルリガートル <input type="checkbox"/> その他			
排尿	方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input 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	回/日	回/日	<input type="checkbox"/> 使用している	回/日	サイズ	Fr	
	内容など		サイズに <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 使用なし	(時間)	固定水	cc	
			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> Big <input type="checkbox"/> スーパーBig		()	交換時期	毎	
排便	方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 浣腸・座薬	<input type="checkbox"/> 摘便	<input type="checkbox"/> 下剤	<input type="checkbox"/> その他留意事項	
	回数	回/日	回/日	/日毎	/日毎	薬剤名・用量・用法など		
	内容							
痙攣発作	<input type="checkbox"/> あり	(型・頻度)					最終発作	年 月 日
	<input type="checkbox"/> なし	(対応)						
その他	<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。

