

〈記入について〉

◆黒のボールペンを使って記入してください。

◆該当する□にチェック✓を入れてください。

## 【記入例】

### <表面>

|                               |  |                               |    |  |  |   |  |
|-------------------------------|--|-------------------------------|----|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 入所   |  | <input type="checkbox"/> 短期入所 |    | <input type="checkbox"/> 日中一時                              |  | <input type="checkbox"/> 外来リハビリ<br>(別紙記入ください)   |  |
| フリガナ<br>氏名                    |  |                               |    | 生年月日   | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年   月   日 |   |  |
| 住所                            |  |                               |    | 電話番号   |  |   |  |
| 同居家族                          | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄妹 <input type="checkbox"/> 相父母 <input type="checkbox"/> その他                                |                               |    | 主介護者   |  |   |  |
| 〈身体状況〉                        |  |                               |    |  |  |   |  |
| 身長                            | cm   | 体重                            | kg | 血液型  |  |   |  |
| 発達段階/年齢                       | 種   級  | 療育手帳                          |    | 支援区分   |  |   |  |
| 障がい<br>病名<br>(+病名)            | <b>【例】低酸素脳症、脳性まひ、筋ジストロフィー 等</b>  |                               |    | 紹介元機関  |  |   |  |
| アレルギー                         | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → (食物)   (薬剤)  |                               |    | 服薬の他、皮膚へ塗布するものも含まれます。<br>(例) 抗生物質、非ステロイド性抗炎症薬、局所麻酔薬、アルコール等 |  |   |  |
| 感染性疾患                         | <input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他<br>(成育歴や入院歴など) |                               |    |  |  |   |  |
| これまでの経緯                       | <b>【例】</b><br>・低出生体重児で低酸素脳症<br>・5歳頃、誤嚥性(ごえんせい)肺炎を繰り返し<br>10歳の時、胃瘻の手術を受ける 等   |                               |    |  |  |   |  |
| 内服薬                           | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → <b>【例】</b> 抗けいれん剤(デパケン、アレピアチン)、抗アレルギー剤(アレジオン等)   |                               |    |  |  |   |  |
| 手術歴                           | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り → ( )  |                               |    |  |  |   |  |
| 運動機能<br>(1〜3歳)<br>いざよひ<br>運動) | <input type="checkbox"/> I 歩行可(自力)<br><input type="checkbox"/> II 歩行可(介助あり)<br><input type="checkbox"/> III 歩行手扶助(歩行可能)<br><input type="checkbox"/> IV 歩行手(介助)             |                               |    | コミュニケーション  |  | <input type="checkbox"/> I 聞き取れる<br><input type="checkbox"/> II 言葉がある<br><input type="checkbox"/> III はい、いいえが理解できる<br><input type="checkbox"/> IV 声かけを理解する<br><input type="checkbox"/> V 声かけに反応する<br><input type="checkbox"/> VI 発音不明瞭<br><input type="checkbox"/> VII 発音なし |  |
| 視聴覚                           | <input type="checkbox"/> 両眼にまぶし(両目まぶし)<br><input type="checkbox"/> 両眼にまぶし(片目まぶし)   |                               |    |  |  |   |  |

◆わからない部分がありましたら、お問い合わせいただくか、未記入(空欄)のまま提出してください(後日、ケースワーカーが確認の連絡をいたします。)

<記入について>

- ◆黒のボールペンを使って記入してください。
- ◆該当する□にチェック✓を入れてください。

## 【記入例】

### <裏面>

カニューレの横に記載してある製品名をお書きください。

当てはまる項目のみご記入ください

| 食事   | 回/日  | 方法  | <input type="checkbox"/> 経口摂取⇒ <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> おどめ <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> 経管栄養⇒ <input type="checkbox"/> 経鼻胃 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 |  |            |    |  |
|--|--|---|---|--|------------|----|--|
|  |  |   | 排泄  | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ストーマ (人工肛門) | 排便         | 回数 | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2~3日に1回 |
|  |  | 排尿  |   | <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 導尿  |            |    |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> 酸素投与⇒ <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 必要時のみ | 吸入量   | ( )L/分   | 吸入時間       | 分  |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> 気管切開⇒カニューレ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | サイズ   |  | 製品名        |    |  |
|  |  | <input type="checkbox"/> 吸引⇒ <input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管内  | 頻度  | <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々⇒( )回/日                                 |            |    |  |
| 医療的ケア  | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器<br><small>製品名<br/>メーカー名は<br/>必ずご記入ください</small>  | <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 必要時      | 具体的に ( )  |  |            |    |  |
|  | 製品名  |   | メーカー名   |  |            |    |  |
|  | 酸素   | <input type="checkbox"/> 必要 ( )L/分  | <input type="checkbox"/> 不要   |  |            |    |  |
|  | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (IVH) <input type="checkbox"/> ポート埋め込み <input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |   |  |            |    |  |
| <input type="checkbox"/> 透析  | <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 血液⇒ <input type="checkbox"/> シャント( <input type="checkbox"/> 右側・ <input type="checkbox"/> 左側) / <input type="checkbox"/> その他 |   |   |  |            |    |  |
|  | 医療機関名  |   | 電話番号  |  |            |    |  |
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー   | 医療機関名  |   | 電話番号  |  |            |    |  |
| 特に留意すること   | 体勢で注意すること、症状で注意すること<br>習慣、くせ等をお書きください。   |   |   |  |            |    |  |
| <緊急連絡先>  |  |   |   |  |            |    |  |
| ①  | (ふりがな)<br>氏名   |   | 続柄  | 電話番号   | 自宅：<br>携帯： |    |  |
| ②  | (ふりがな)<br>氏名   |   | 続柄  | 電話番号   | 自宅：<br>携帯： |    |  |
| <かかりつけ医>   |  |   |   |  |            |    |  |
| ①  | 医療機関名  |   |   | ②  | 医療機関名      |    |  |
|  | 科  | 科   |   |  | 科          | 科  |  |
|  | 電話番号   |   |   |  | 電話番号       |    |  |
| ③  | 医療機関名  |   |   | ④  | 医療機関名      |    |  |
|  | 科  | 科   |   |  | 科          | 科  |  |
|  | 電話番号   |   |   |  | 電話番号       |    |  |
| 個人情報保護に関する説明および同意書<br>社会福祉法人 枚方療育園 医療福祉センターさくらでは<br>ご利用の希望に際しまして上記の情報を法人内で共有いたします。<br>私及び家族の個人情報について、上記内容について利用することを同意します。 |  |   |   |  |            |    |  |

【例】  
「6 Fr 55cm」

緊急連絡先がグループホーム等の場合は、施設名と施設の電話番号をお書きください。



|                                  |  |  |   |   |  |   |
|----------------------------------|--|--|---|---|--|---|
| 食事                               | 回/日  | 方法   | <input type="checkbox"/> 経口摂取⇒ <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 普通<br><input type="checkbox"/> 経管栄養⇒ <input type="checkbox"/> 経鼻胃 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 |   |  |   |
|                                  |  |  | 排便  | 回数  | <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 2～3日に1回 |   |
| 排泄                               | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ストーマ（人工肛門）          |  | 排尿  | <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 導尿         |  |   |
| 医療的<br>ケア                        | <input type="checkbox"/> 酸素投与⇒ <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 必要時のみ              |  | 吸入量   | ( ) L/分   | 吸入時間   | 分 |
|                                  | <input type="checkbox"/> 気管切開⇒カニューレ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有              |  | サイズ   | 製品名   |  |   |
|                                  | <input type="checkbox"/> 吸引⇒ <input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管内               |  | 頻度  | <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 時々⇒( ) 回/日 |  |   |
|                                  | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器<br><small>※製品名<br/>メーカー名は<br/>必ずご記入ください</small>                         | <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 必要時 |   | 具体的に( )   |  |   |
|                                  |  | 製品名  |   |   | メーカー名  |   |
|                                  |  | 酸素   | <input type="checkbox"/> 必要( ) L/分  |   | <input type="checkbox"/> 不要                                    |   |
|                                  | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養（IVH） <input type="checkbox"/> ポート埋め込み <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |   |   |  |   |
|                                  | <input type="checkbox"/> 透析  |  | <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 血液⇒ <input type="checkbox"/> シャント( <input type="checkbox"/> 右側・ <input type="checkbox"/> 左側) / <input type="checkbox"/> その他  |   |  |   |
|                                  |  | 医療機関名  |   | 電話番号  |  |   |
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー |  | 医療機関名  |   | 電話番号  |  |   |
| 特に留意<br>すること                     | 気を付けてほしい事など、事前にご記入ください。  |  |   |   |  |   |

<緊急連絡先>

|   |              |  |    |    |      |     |
|---|--------------|--|----|----|------|-----|
| ① | (ふりがな)<br>氏名 |  | 続柄 | 年齢 | 電話番号 | 自宅： |
|   |              |  |    |    |      | 携帯： |
| ② | (ふりがな)<br>氏名 |  | 続柄 | 年齢 | 電話番号 | 自宅： |
|   |              |  |    |    |      | 携帯： |

<かかりつけ医>

|   |       |     |  |  |   |       |     |  |  |
|---|-------|-----|--|--|---|-------|-----|--|--|
| ① | 医療機関名 |     |  |  | ② | 医療機関名 |     |  |  |
|   | 担当科   | 担当医 |  |  |   | 担当科   | 担当医 |  |  |
|   | 電話番号  |     |  |  |   | 電話番号  |     |  |  |
| ③ | 医療機関名 |     |  |  | ④ | 医療機関名 |     |  |  |
|   | 担当科   | 担当医 |  |  |   | 担当科   | 担当医 |  |  |
|   | 電話番号  |     |  |  |   | 電話番号  |     |  |  |

個人情報保護に関する説明および同意書

社会福祉法人 枚方療育園 医療福祉センターさくらでは  
ご利用の希望に際しまして上記の情報を法人内で共有いたします。

私及び家族の個人情報について、上記内容について利用することを同意します。

令和 年 月 日 氏名（本人）

氏名（同意者）