横浜医療福祉センター港南入所時医療情報

年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 年齢 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 西暦 |  | 年 | 元号 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

|  |
| --- |
| 1. 利用している医療機関など
 |
| 主治医 | 医療機関名 |  |
| 受診科 |  |
| 担当医名 |  |
| その他の定期受診先① | 医療機関名 |  |
| 受診科 |  |
| 担当医名 |  |
| 目的・頻度 |  |
| その他の定期受診先② | 医療機関名 |  |
| 受診科 |  |
| 担当医名 |  |
| 目的・頻度 |  |
| その他の定期受診先③ | 医療機関名 |  |
| 受診科 |  |
| 担当医名 |  |
| 目的・頻度 |  |
| 訪問診療 | 医療機関名 |  |
| 担当医名 |  |
| 頻度 |  |
| 訪問看護 | 対応機関名 |  |
| 担当者名 |  |
| 内容・頻度 |  |
| リハビリテーション | 医療機関名 |  |
| 担当者名 |  |
| 頻度 |  |
| 訪問リハ・マッサージ | 対応機関名 |  |
| 担当者名 |  |
| 頻度 |  |

|  |
| --- |
| 1. 基礎疾患、合併症、既往歴など（現病歴）
 |
| 基礎疾患（障害の要因となった疾患） | 診断名 |  |
| 経過 |  |
| 合併症①（現在治療または経過観察中で、今後の治療や経過観察が必要な疾患） | 年月日/年齢 |  |
| 診断名 |  |
| 経過 |  |
| 医療機関 |  |
| 合併症② | 年月日/年齢 |  |
| 診断名 |  |
| 経過 |  |
| 医療機関 |  |
| 合併症③ | 年月日/年齢 |  |
| 診断名 |  |
| 経過 |  |
| 医療機関 |  |
| 既往歴①（過去に治療を行ったが、治療が必要ではない疾患） | 年月日/年齢 |  |
| 診断名 |  |
| 経過 |  |
| 医療機関 |  |
| 既往歴② | 年月日/年齢 |  |
| 診断名 |  |
| 経過 |  |
| 医療機関 |  |
| 既往歴③ | 年月日/年齢 |  |
| 診断名 |  |
| 経過 |  |
| 医療機関 |  |
| 手術歴① | 年月日/年齢 |  |
| 診断名 |  |
| 手術内容 |  |
| 医療機関 |  |
| 手術歴② | 年月日/年齢 |  |
| 診断名 |  |
| 手術内容 |  |
| 医療機関 |  |
| 輸血歴① | 年月日/年齢 |  |
| 診断名 |  |
| 輸血内容 |  |
| 医療機関 |  |
| 輸血歴② | 年月日/年齢 |  |
| 診断名 |  |
| 輸血内容 |  |
| 医療機関 |  |
| 骨折歴① | 年月日/年齢 |  |
| 部位 |  |
| 受傷機転 |  |
| 治療内容 |  |
| 医療機関 |  |
| 骨折歴② | 年月日/年齢 |  |
| 部位 |  |
| 受傷機転 |  |
| 治療内容 |  |
| 医療機関 |  |
| 皮膚疾患（褥瘡）①（既往を含む） | 年月日/年齢 |  |
| 部位 |  |
| 受傷機転 |  |
| 治療内容 |  |
| 医療機関 |  |
| 皮膚疾患（褥瘡）②（既往を含む） | 年月日/年齢 |  |
| 部位 |  |
| 受傷機転 |  |
| 治療内容 |  |
| 医療機関 |  |
| アレルギー① | 発症（診断）した年月日または年齢 |  |
| アレルゲン |  |
| 症状 |  |
| 治療内容 |  |
| 制限・禁忌 |  |
| 医療機関 |  |
| アレルギー② | 発症（診断）した年月日または年齢 |  |
| アレルゲン |  |
| 症状 |  |
| 治療内容 |  |
| 制限・禁忌 |  |
| 医療機関 |  |
| 歯科関連 | 医療機関 |  |
| 残存乳歯 |  |
| 脱落歯 |  |
| 動揺歯 |  |
| 義歯 |  |
| マウスピース |  |
| 治療歴 |  |
| その他(追加の情報がございましたらご記入ください) |  |

|  |
| --- |
| 1. 周産期歴、発達歴、予防接種歴、感染症
 |
| 周産期歴 | 在胎週数 |  |
| 分娩方式 | 経腟・吸引・鉗子・帝王切開・その他（　） |
| 身長 |  | ㎝ |
| 体重 |  | ㎏ |
| 頭囲 |  | ㎝ |
| 胸囲 |  | ㎝ |
| ApS |  |  |
| 治療歴など経過 |  |
| 医療機関 |  |
| 発達歴 | 頸定 |  | 寝返り |  | 坐位 |  |
| 這行 |  | 立位 |  | 独歩 |  |
| 有意語 |  | 現在の移動能力 |  |
| 大島分類 |  |  |
| 予防接種歴 | 種類 | 名称 | 接種日（わかる範囲でご記入ください） |
| BCG |  |  |
| B型肝炎 |  |  |
| ロタウイルス |  |  |
| Hib |  |  |
| 肺炎球菌 |  |  |
| 三種混合（DTR） |  |  |
| 四種混合（DTR-IPV） |  |  |
| ポリオ |  |  |
| 二種混合（DT） |  |  |
| 麻しん |  |  |
| 風しん |  |  |
| MMR |  |  |
| MR |  |  |
| おたふくかぜ |  |  |
| 水痘 |  |  |
| 日本脳炎 |  |  |
| インフルエンザ |  |  |
| ヒトパピローマウイルス |  |  |
| 髄膜炎菌 |  |  |
| 新型コロナウイルス |  |  |
| その他 |  |  |
| 感染症（HIVを除いて入所までに検査をお願いいたします） | 種類 | 検査日 | 検査方法 | 結果 |
| 麻しん |  |  |  |
| 風しん |  |  |  |
| おたふくかぜ |  |  |  |
| 水痘 |  |  |  |
| B型肝炎(HBs抗原) |  |  |  |
| C型肝炎(HCV抗体) |  |  |  |
| HIV |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. 家族歴、成育歴など
 |
| 家族歴(遺伝性疾患などがある場合は、（　）内に続柄をご記入ください) | 続柄 | 年齢 | 病歴など |
| 父方祖父 |  |  |
| 父方祖母 |  |  |
| 母方祖父 |  |  |
| 母方祖母 |  |  |
| 父 |  |  |
| 母 |  |  |
| 同胞① |  |  |
| 同胞② |  |  |
| 同胞③ |  |  |
| 同胞④ |  |  |
| 同胞⑤ |  |  |
| (　　　　　) |  |  |
| (　　　　　) |  |  |
| (　　　　　) |  |  |
| 成育歴 | 虐待 | 無・有（詳細をご記入ください） |
| 入所歴 |  |
| 社会保障（貴院でご記入いただいた診断書・意見書等のコピーを同封してください） | 身障手帳 | 種類 |  |
| 等級 |  |
| 最終更新日 |  |
| 療育手帳 | 種類 |  |
| 等級 |  |
| 最終更新日 |  |
| 精神障害者福祉手帳 | 等級 |  |
| 最終更新日 |  |
| 障害者年金 | 種類 |  |
| 等級 |  |
| 最終更新日 |  |
| 区分認定 | 等級 |  |
| 最終更新日 |  |

|  |
| --- |
| 1. 現在の健康状態　　（日常の医療ケアは別途ご記入ください）
 |
| 体温 | 安静時 |  |
| 配慮事項 |  |
| 循環器 | 安静時HR |  |
| 配慮事項 |  |
| 呼吸器 | 安静時SpO2 |  |
| 配慮事項 |  |
| 消化器 | GERの有無 | 無・有・不明(有の場合、程度や対処方法をご記入ください) |
| 排便コントロール | 不要・要 |
| 配慮事項 |  |
| 泌尿器 | 配慮事項 |  |
| てんかん | 発作型 |  |
| 頻度 |  |
| 薬剤治療歴 |  |
| AED血中濃度 |  |
| 配慮事項 |  |
| 脳波所見 |  |
| 筋緊張 | 配慮事項 |  |
| 臨時薬使用 |  |
| BTX治療 | (接種部位、頻度、対応医療機関などご記入ください) |
| ITB治療 | 無・有（別途【6】欄にご記入ください） |
| その他の治療 |  |
| 月経 | 周期 |  |
| 日数 |  |
| 程度 |  |
| 配慮事項 |  |
| その他 | 上記項目以外で配慮が必要な内容をご記入ください |

|  |
| --- |
| 1. 日常の医療ケア
 |
| 呼吸器 | 気管カニューレ | メーカー/種類 |  |
| サイズ |  |
| 長さ |  |
| カフ圧or量 |  |
| Yガーゼ |  |
| 固定法 |  |
| 交換頻度 |  |
| 最終交換日 |  |
| カニューレなし(永久気切孔) | 保護方法 |  |
| 吸引制限 |  |
| 配慮事項 |  |
| 緊急用カニューレ | メーカー/種類 |  |
| サイズ |  |
| 長さ |  |
| カフ圧or量 |  |
| Yガーゼ |  |
| 固定法 |  |
| 下咽頭チューブ | メーカー/種類 |  |
| サイズ |  |
| 長さ |  |
| 固定法 |  |
| 交換頻度 |  |
| 最終交換日 |  |
| 吸引制限 | 鼻腔 |  |
| 口腔 |  |
| 気管孔 |  |
| 気管カニューレ |  |
| 酸素 | 業者名 |  |
| 連絡先 |  |
| 投与量 |  |
| 投与経路 |  |
| 投与時間 | 24時間・睡眠中のみ・その他 |
| 投与の目安 | SpO2　　％以下の時・その他 |
| 人工呼吸器（NPPV） | 機種 |  |
| 業者名 |  |
| 連絡先 |  |
| 設定条件 |
|  | 換気モード |  |
|  | 換気回数 |  |
|  | バックアップ数 |  |
|  | 吸気時間 |  |
|  | PS(pressure support) |  |
|  | PIP |  |
|  | PEEP |  |
|  | ターゲットVT |  |
|  | ライズタイム |  |
|  | 吸気感度 |  |
|  | 呼気感度 |  |
|  | その他 |  |
| アラーム設定 |
|  | 低圧 |  |
|  | 高圧 |  |
|  | 1回換気量上限 |  |
|  | 1回換気量下限 |  |
|  | リーク上限 |  |
|  | 無呼吸 |  |
| 酸素流量 |  |
| 加湿器設定 |  |
|  | 機種 |  |
|  | 設定 |  |
| 回路 |  |
|  | 種類 |  |
|  | 最終交換日 |  |
| 人工呼吸器（TPPV） | 機種 |  |
| 業者名 |  |
| 連絡先 |  |
| 設定条件 |
|  | 換気モード |  |
|  | 換気回数 |  |
|  | バックアップ数 |  |
|  | 1回換気量 |  |
|  | 吸気時間 |  |
|  | PS(pressure support) |  |
|  | PIP |  |
|  | PEEP |  |
|  | ターゲットVT |  |
|  | ライズタイム |  |
|  | 吸気感度 |  |
|  | 呼気感度 |  |
|  | その他 |  |
| アラーム設定 |
|  | 低圧 |  |
|  | 高圧 |  |
|  | 1回換気量上限 |  |
|  | 1回換気量下限 |  |
|  | リーク上限 |  |
|  | 無呼吸 |  |
| 酸素流量 |  |
| 加湿器設定 |
|  | 機種 |  |
|  | 設定 |  |
| 回路 |
|  | 種類 |  |
|  | 最終交換日 |  |
| 呼吸器外部バッテリー | 無 |  |
| 有　 | 作動時間 |  |
| 定時吸入 | 薬剤名・量 |  |
| 回数・時間 |  |
| 臨時吸入 | 薬剤名・量 |  |
| 回数・時間 |  |
| 排痰ケア | 機種 |  |
| 条件 |  |
| 回数 |  |
| 腹臥位台 |  |
| 消化器（1） | 経鼻胃管または十二指腸チューブ | メーカー |  |
| サイズ |  |
| 長さ | 鼻孔から　　　ｃｍ |
| 交換頻度 |  |
| 最終交換日 |  |
| 胃ろう(含む経胃ろう十二指腸チューブ) | メーカー |  |
| サイズ |  |
| 長さ |  |
| 固定水 |  |
| 保護材 | Yガーゼ　　　　枚・こより |
| 交換頻度 |  |
| 最終交換日 |  |
| 脱気(経胃ろう) | 常時 |  |
| 臨時 |  |
| 腸ろう | メーカー |  |
| サイズ |  |
| 長さ |  |
| 固定水 |  |
| 交換頻度 |  |
| 最終交換日 |  |
| 管理医療機関 |  |
| 注入ポンプ | メーカー |  |
| 栄養内容 | 経口食 | 1日カロリー |  |
| 主食 | 種類形態 |  |
| 量 |  |
| 副食 | 種類形態 |  |
| 量 |  |
| おやつ |  |
| 水分 | トロミ使用 |  |
| 配慮事項 |  |
| 胃ろう食 | 量・カロリー |  |
| 回数 |  |
| 経腸栄養剤 | 名称・量・回数時間・投与速度など |  |
| 食事以外の水分 | 量・回数・内容 |  |
| トロミ使用 |  |
| 投与経路 | 経口・経管・経胃ろう |
| 消化器（2） | 胃残(＋)のとき |  |
| 経口摂取不良時 |  |
| 胃出血時 |  |
| 便排泄 | 人工肛門 | 種類 |  |
| サイズ |  |
| 交換頻度 |  |
| 保護材 |  |
| 配慮事項 |  |
| 定期便処置(内容・回数などご記入ください) | 内服 |  |
| テレミンソフト(2) |  |
| テレミンソフト(10) |  |
| GE |  |
| その他 |  |
| 配慮事項 |  |
| 追加便処置① | 使用する条件 | 便秘　　　　日目・その他 |
| 内服 |  |
| テレミンソフト(2) |  |
| テレミンソフト(10) |  |
| GE |  |
| その他 |  |
| 配慮事項 |  |
| 追加便処置② | 使用する条件 | 便秘　　　　日目・その他 |
| 内服 |  |
| テレミンソフト(2) |  |
| テレミンソフト(10) |  |
| GE |  |
| その他 |  |
| 配慮事項 |  |
| ブジーor摘便 | 回数・条件など |  |
| 泌尿器 | 腎ろう | メーカー |  |
| サイズ |  |
| 長さ |  |
| 交換頻度 |  |
| 保護材 |  |
| 最終交換日 |  |
| 管理医療機関 |  |
| 膀胱ろう | メーカー |  |
| サイズ |  |
| 長さ |  |
| 交換頻度 |  |
| 保護材 |  |
| 最終交換日 |  |
| 管理医療機関 |  |
| 膀胱留置カテーテル | メーカー |  |
| サイズ |  |
| 長さ |  |
| 交換頻度 |  |
| 保護材 |  |
| 最終交換日 |  |
| 導尿 | 定期 |  |
| 臨時 |  |
| 使用器具・サイズ |  |
| 膀胱洗浄 | 回数・量など |  |
| その他配慮事項 |  |  |
| その他の医療デバイス | 脳室シャント | 設定など |  |
| 最終受診日 |  |
| 次回受診日 |  |
| 管理医療機関 |  |
| その他配慮事項 |  |
| ペースメーカー | 設定など |  |
| 最終受診日 |  |
| 次回受診日 |  |
| 管理医療機関 |  |
| その他配慮事項 |  |
| ITB | 設定など |  |
| 最終受診日 |  |
| 次回受診日 |  |
| 管理医療機関 |  |
| その他配慮事項 |  |
| その他 | 種類 |  |
| 設定など |  |
| 最終受診日 |  |
| 次回受診日 |  |
| 管理医療機関 |  |
| その他配慮事項 |  |
| 補装具など | 車いす・バギー |  |
| 歩行器 |  |
| 上肢装具 |  |
| 下肢装具 |  |
| 体幹装具 |  |
| その他の装具 |  |
| 眼鏡 |  |
| 義眼 |  |
| 補聴器 |  |
| 義歯 |  |
| マウスピース |  |
| 皮膚処置 | 軟膏①(処方欄にご記入頂いても構いません) | 薬剤名 |  |
| 部位 |  |
| 回数・時間 |  |
| 軟膏② | 薬剤名 |  |
| 部位 |  |
| 回数・時間 |  |
| 軟膏③ | 薬剤名 |  |
| 部位 |  |
| 回数・時間 |  |
| 眼処置 | 眼球保護 |  |
| 点眼①(処方欄にご記入頂いても構いません) | 種類 |  |
| 部位（左右） |  |
| 回数・量・時間 |  |
| 点眼② | 種類 |  |
| 部位（左右） |  |
| 回数・量・時間 |  |
| 点眼③ | 種類 |  |
| 部位（左右） |  |
| 回数・量・時間 |  |
| 耳鼻処置 | 点鼻(処方欄にご記入頂いても構いません) | 種類 |  |
| 部位（左右） |  |
| 回数・量・時間 |  |
| 点耳(処方欄にご記入頂いても構いません) | 種類 |  |
| 部位（左右） |  |
| 回数・量・時間 |  |
| 有症時指示 | 発熱時 | 使用薬剤用法・用量 |  |
| けいれん時 | 使用薬剤用法・用量 |  |
| 緊張・興奮時 | 使用薬剤用法・用量 |  |
| 不眠時 | 使用薬剤用法・用量 |  |
| 疼痛時 | 使用薬剤用法・用量 |  |
| その他 | 使用薬剤用法・用量 |  |

|  |
| --- |
| 1. 処方内容
 |
| 定時薬 |  |
| 臨時薬 |  |

ご記入いただき、ありがとうございました。