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。