

## 医療型短期入所事業データベース

<基本情報>				記入日		年 月 日		
				生年月日	年 月 日	年齢	歳	ニックネーム
フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		月 日	現在			
住所	〒							
連絡先	自宅		携帯	続柄 ( )				
所属学校等								
緊急連絡先 (同居家族)	連絡先①	名前		電話番号		メール		
	連絡先②	名前		電話番号		メール		
緊急連絡先 (同居家族以外)	氏名		フリガナ		関係性			
	住所				電話番号			
感染症検査	<input type="checkbox"/> HBs抗原 ( ) <input type="checkbox"/> HCV抗体 ( ) <input type="checkbox"/> MRSA ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
アレルギー	食物							
	薬剤							
	その他							
禁忌事項								
小児慢性・ 指定難病	<input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号		病名				
	<input type="checkbox"/> 指定難病	受給者番号		病名				
身体障害者 手帳	種・等級	第 種 · 級						
	障害名		障害名					
	障害名		障害名					
療育手帳	等級	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2						
精神障害者手帳	種・等級	第 種 · 級						
障害支援	区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6						

<家族・連絡先> ※家族の年齢は記入日時点

家族構成 名前・続柄・年齢	世帯人数 (本人含む)				人			主な介護者 :		
	①	フリガナ	名前	続柄	年齢	②	フリガナ	名前	続柄	年齢
③	フリガナ	名前	続柄	年齢	④	フリガナ	名前	続柄	年齢	
⑤	フリガナ	名前	続柄	年齢	⑥	フリガナ	名前	続柄	年齢	
⑦	フリガナ	名前	続柄	年齢	⑧	フリガナ	名前	続柄	年齢	

<疾患情報等>

病名							
これまでの経過	既往歴や入院歴など						
出生時状況	分娩	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 ( )					
	在胎週数	週	日	出生時体重	g		
予防接種	五種混合	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	
	四種混合	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	
	三種混合	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	
	二種混合	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回				
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> (3回)		
	ヒブ	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 3回	<input type="checkbox"/> 追加	
	BCG	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 濟				
ポリオ	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 濟					
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 追加			
水痘	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回				
おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回				
日本脳炎(第1期)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	<input type="checkbox"/> 追加			
日本脳炎(第2期)	<input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 1回					
インフルエンザ	⇒ 接種回数	回(直近6ヶ月以内)			最終接種日		
新型コロナ	⇒ 接種回数	回			最終接種日		
内服薬	薬名、飲む時間、回数、量、飲ませ方など						
体調不良時の対応方法など							

<本人の状況>

体温 (平熱)	°C	SPO2 (安静時)	%	心拍数 (安静時)	/分	体重	kg 測定年月 :		
障害	<input type="checkbox"/> 視覚障害あり <input type="checkbox"/> 聴覚障害あり								
運動機能	<input type="checkbox"/> 寝返り可 <input type="checkbox"/> 支えありで座位可 <input type="checkbox"/> 支えなしで座位可 <input type="checkbox"/> 膝立ち可 <input type="checkbox"/> つかまり立ち可 <input type="checkbox"/> 立位可								
移動	<input type="checkbox"/> 移動不可 <input type="checkbox"/> 移動可 ( 移動方法記載 )								
筋緊張	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
装具	<input type="checkbox"/> 装具なし <input type="checkbox"/> 装具あり ( 装具の内容 )								
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自分の意志を言葉で伝えることができる <input type="checkbox"/> 二語文以上の会話ができる <input type="checkbox"/> 単語で会話することができる <input type="checkbox"/> 話すことは難しいが、意思伝達の方法 <input type="checkbox"/> 自分の意志が伝えることができない がある (身体や顔の動き等) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	好きなこと、苦手なこと、こだわり等								
食事	食事方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <small>※経管栄養に✓をつけた場合は〈医療的ケア〉栄養管理も記入してください</small>							
	介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助なし							
	所要時間	約 分	食べるときの姿勢						
	好きなもの				嫌いなもの				
	食事	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	事形	パン	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> パン粥 <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	態	麺類	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	食事	副食	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )						
		とろみ調整剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ とろみの固さ ( )						
		水分摂取方法	<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	注意点など								
排尿	回数								
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 導尿有り ⇒ 回/日							
排便	回数								
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> ストーマ							

睡眠	睡眠時間 環境や癖	～ 時頃	お昼寝時間 不眠時の対応	～ 時頃
	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
てんかん	発作の頻度			
	発作の特徴			
	発作時の対応			
	状態について 注意すること等			

<医療的ケア>

医療的ケア の種類	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置 カテーテル <input type="checkbox"/> 人工透析 (血液透析) <input type="checkbox"/> 人工透析 (腹膜透析)
	<input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン 注射 <input type="checkbox"/> その他 ( )
人工 呼吸器	方法 <input type="checkbox"/> 気管切開下腸圧換気療法(TPPV) <input type="checkbox"/> 非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)
	機器名
	頻度 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 調子が悪い時
	設定 ①換気モード <input type="checkbox"/> ②呼吸モード <input type="checkbox"/> ③吸気圧 <input type="checkbox"/> ④呼吸回数 <input type="checkbox"/> ⑤吸気時間 <input type="checkbox"/> ⑥PEEP <input type="checkbox"/> ⑦P.S <input type="checkbox"/> ⑧流量 <input type="checkbox"/> ⑨圧トリガー <input type="checkbox"/> ⑩圧制御 <input type="checkbox"/> ⑪ <input type="checkbox"/> ⑫
	アラーム 設定 ①高圧 <input type="checkbox"/> ②低圧 <input type="checkbox"/> ③高M.V <input type="checkbox"/> ④低M.V <input type="checkbox"/> ⑤RR上限 <input type="checkbox"/> ⑥無呼吸 <input type="checkbox"/> ⑦アラーム音量 <input type="checkbox"/> ⑧ <input type="checkbox"/> ⑨
	方法 <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	肉芽 検査の有・無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	検査間隔 <input type="checkbox"/> ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 最終検査年月
	カニューレ カニューレの種類 <input type="checkbox"/> 内径 mm <input type="checkbox"/> 入口から先端 までの長さ cm
	カニューレ抜去時や気管切開部・気管内出血への対応など ( )
呼吸	頻度 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 調子が悪い時
	流量 L/分
	SPO <sub>2</sub> %以下の場合
	酸素濃縮器 機器名 <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> サチュレーションモニター使用あり
吸引	部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 持続吸引 カテーテルのサイズ <input type="checkbox"/> Fr 注意点 ( )
	頻度 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 調子が悪い時
	機器名 <input type="checkbox"/> パワースマイル <input type="checkbox"/> ミニックDC <input type="checkbox"/> その他 ( )
吸入	薬剤 薬剤名/量 <input type="checkbox"/> / ml
	薬剤名/量 <input type="checkbox"/> / ml
	薬剤名/量 <input type="checkbox"/> / ml
	時間
	注意点

栄養管理	方法	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管チューブ ⇒ サイズ <u>      </u> Fr 插入長さ <u>      </u> cm
		<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
		⇒ チューブの種類 <u>      </u>
		⇒ サイズ <u>      </u> Fr 插入長さ <u>      </u> cm
		⇒ バルーンの水の量 <u>      </u> ml ヤガーゼ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		⇒ チューブ抜去時の対応など ( )
		<input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 経腸栄養用輸液ポンプ（カンガルーポンプ）使用あり
		胃残量が <u>      </u> ml 未満の時、そのまま予定量を注入する
		胃残量が <u>      </u> ~ <u>      </u> ml の時、
胃残量が <u>      </u> ml 以上の時、		
胃残の性状に異常がある場合の対応など ( )		
注入内容	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳	
	<input type="checkbox"/> ミキサー食	
	<input type="checkbox"/> 栄養剤 ⇒ <input type="checkbox"/> エンシュアリキッド <input type="checkbox"/> ラコール <input type="checkbox"/> メイバランス <input type="checkbox"/> エレンタール <input type="checkbox"/> イノラス	
速度	栄養剤 分で注入	水分 分で注入
注意点など	注入時の姿勢、脱気のタイミングなど	
導尿	サイズ	Fr 実施時間
	注意点	
血糖測定 ・ インスリン 注射	血糖測定回数	1日 ( ) 回 測定時間
	薬剤名	
	インスリン注射	注射時間
	注意点	<input type="checkbox"/> インスリンポンプの使用 基礎量 注入時間
その他の 医療機器 使用情報	機器名	
	使用方法等	
	頻度	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 調子が悪い時
		<input type="checkbox"/> その他 ( )

<1日のケア内容>

時間	内 容		
	内服・注入	処置	体位変換
0:00～			
1:00～			
2:00～			
3:00～			
4:00～			
5:00～			
6:00～			
7:00～			
8:00～			
9:00～			
10:00～			
11:00～			
12:00～			
13:00～			
14:00～			
15:00～			
16:00～			
17:00～			
18:00～			
19:00～			
20:00～			
21:00～			
22:00～			
23:00～			

<事前指示・頓用>

発熱時	
嘔吐時	
便秘時	
SpO2低下時	

<関係機関>

かかりつけ医			
医療機関名	診療科	主治医	受診頻度

訪問看護リハビリステーション

事業所名	担当者名	職種	利用頻度	ケア内容

相談支援専門員・医療的ケア児等コーディネーター

事業所名	担当者名	電話番号

児童発達支援（未就学児）・放課後等デイサービス（就学時）・生活介護（卒業後）

事業所名	曜日

短期入所（ショートステイ）

事業所名	利用日数

居宅介護（ヘルパー）・重度訪問介護

事業所名	サービス名	利用時間

移動支援・行動援護・訪問入浴・日中一時支援等

事業所名	サービス名	利用時間

医療機器の点検業者等

医療機器名	業者名	電話番号	担当者	点検の頻度

個人情報利用に関する説明および同意書

医療型短期入所事業所、または奈良県重症心身障害児者支援センターに提供した情報を、短期入所を利用するため、他の関係機関（医療型短期入所事業所、医療機関、通所事業所、訪問看護ステーション、行政機関、奈良県重症心身障害児者支援センター等）へ提供および情報収集することに同意します。

年　　月　　日

氏名（本人）

氏名（同意者）