

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 | | |
| フリガナ 氏名 | | | | | 生年月日 | | 年 月 日 | | ニック ネーム | | | | | |
| | | | | | 年齢 | 歳 | | | | | | | | |
| | | | | | | 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 | | 続柄 | | ② | フリガナ | | 続柄 | | ジェノグラム (家族図) |
| | | 名前 | | 年齢 | | | 名前 | | 年齢 | | |
| | ③ | フリガナ | | 続柄 | | ④ | フリガナ | | 続柄 | | |
| | | 名前 | | 年齢 | | | 名前 | | 年齢 | | |
| | ⑤ | フリガナ | | 続柄 | | ⑥ | フリガナ | | 続柄 | | |
| | | 名前 | | 年齢 | | | 名前 | | 年齢 | | |
| | ⑦ | フリガナ | | 続柄 | | ⑧ | フリガナ | | 続柄 | | |
| | | 名前 | | 年齢 | | | 名前 | | 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"/> 済 | | | | | | | | |
| | ポリオ | <input type="checkbox"/> 未 | <input type="checkbox"/> 済 | | | | | | | | |
| | 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) | | ℃ | SPO2 (安静時) | % | 心拍数 (安静時) | /分 | 体重 | kg | |
| 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 | | | | | | | |
| | | 移動方法記載 <input type="checkbox"/> 移動可 () | | | | | | | |
| 筋緊張 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | | | |
| 装具 | | <input type="checkbox"/> 装具なし | | | | | | | |
| | | 装具の内容 <input type="checkbox"/> 装具あり () | | | | | | | |
| 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、意思伝達の方法がある(身体や顔の動き等) | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 自分の意志が伝えることができない <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | | |
| | | 好きなこと、苦手なこと、こだわり等 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 食事 | 経口摂取の場合 | 食事方法 | <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ※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 | | | | | | |
| | | 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 | 食するときの姿勢 | | | | |
| | | 好きなもの | | | | 嫌いなもの | | | |
| | | 食事形態 | 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 () | | | | | |
| | | | 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 () | | | | | |
| | | | 麺類 | <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| | | 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 | 回/日 | | | | | | |
| | | 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 | | | | | | |

| | | | |
|----------------------|---------|---|---------------|
| 栄養管理 | 方法 | <input type="checkbox"/> 経鼻胃管チューブ ⇒ サイズ _____ Fr 挿入長さ _____ cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ⇒ チューブの種類 _____ ⇒ サイズ _____ Fr 挿入長さ _____ cm ⇒ バルンの水の量 _____ ml Y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 _____ ml未満の時、そのまま予定量を注入する 胃残量が _____ ~ _____ mlの時、 _____ 胃残量が _____ 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 ⇒ <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <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 </div> </div> <input type="checkbox"/> その他 (_____) | |
| | 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 _____ <input type="checkbox"/> インスリンポンプの使用 基礎量 _____ 注入時間 _____ | |
| | 注意点 | | |
| 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に、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）