

小児レスパイト入院 患者情報連絡票 No.1

年 月 日 記入者 ()

氏名	ふりがな	愛称	生年月日：H・R 年 月 日
	男・女		身長： cm 体重： Kg
主治医	医療機関	主治医氏名	
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保	保険証の記号・番号	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	保険者の番号	
医療費助成	有・無	種類	重度障害者・特定疾患・その他 ()

気管切開	<input type="checkbox"/> 有	カニューレタイプ		
	<input type="checkbox"/> 無	サイズ mm	カフ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カフ量 cc
	カニューレ交換時期		日毎 (最終交換 月 日)	
	カニューレ抜去時の対応：			

気管喉頭 分離術	<input type="checkbox"/> 有	経鼻エア ウェイ等	種類 サイズ	種類：	サイズ：	挿入：	cm
	<input type="checkbox"/> 無		挿入時間： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> それ以外 ()				

人工 呼吸器	<input type="checkbox"/> マスク式 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> なし		
	機種名：		メーカー名：
	使用状況： <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	設定条件：		
	担当連絡先：		

酸素	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	酸素流量： L/分	臨時投与時： 酸素流量 L/分
----	--	-----------	-----------------

吸引	<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管 <input type="checkbox"/> なし	吸引チューブの太さ () Fr. 吸引時の深さ () cm 吸引の頻度や留意事項を具体的に記入ください (例：○時間ごと、夜間○時間ごと等9 ()
----	--	---

吸入	<input type="checkbox"/> 定時	() 時間ごと・または (概ね 時 ()
		内容 (薬剤名と量 ()
	<input type="checkbox"/> 臨時	具体的にどのような時に： 内容 (薬剤名と量： ()

小児レスパイト入院 患者情報連絡票 No. 2

経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう	チューブタイプ			
	<input type="checkbox"/> 経管	チューブサイズ：	Fr	固定水：	cc
	<input type="checkbox"/> 腸ろう	固定位置：			
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	交換時期：	最終交換日：		
	姿勢・留意事項：				
	内容（経管栄養の種類）		量	注入回数・時間など	注入方法
				<input type="checkbox"/> シリンジ	
				<input type="checkbox"/> イルリガードル	
				<input type="checkbox"/> その他	
				その他 特記事項 ()	
排尿	方法・回数・内容など				
	<input type="checkbox"/> トイレ	回／日			
	<input type="checkbox"/> おむつ	回／日			
	<input type="checkbox"/> 尿取りパット	<input type="checkbox"/> 使用あり	<input type="checkbox"/> なし	特記（ ）	
	<input type="checkbox"/> 導尿	回／日	サイズ：	Fr	
	<input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル	サイズ：	Fr	固定水： cc 最終交換日： 月 日	
	<input type="checkbox"/> その他				
排便	方法・回数・内容など				
	<input type="checkbox"/> トイレ	回／日			
	<input type="checkbox"/> おむつ	回／日			
	<input type="checkbox"/> 浣腸	日ごと	薬剤名：		
	<input type="checkbox"/> 摘便	日ごと			
	<input type="checkbox"/> 下剤	薬剤名・用量・用法など（ ）			
	<input type="checkbox"/> その他留意事項：				

小児レスパイト入院 患者情報連絡票 No. 4

1日の生活時間と内容

入院中の参考にさせていただきますので、
ご自宅での1日の過ごし方についてご記入ください。

時間	内容 (入浴・散歩など)	食事	お薬	吸引	排泄	その他のケア
0時						
1時						
2時						
3時						
4時						
5時						
6時						
7時						
8時						
9時						
10時						
11時						
12時						
13時						
14時						
15時						
16時						
17時						
18時						
19時						
20時						
21時						
22時						
23時						