

診療情報提供書（江戸川区医療的ケア児養育者支援事業）

紹介先医療機関名  
担当医

慶応義塾大学病院  
小児科 山岸医師 殿

令和 年 月 日

医療機関名

住所

医師名

印

ふりがな	性別	生年月日			
利用者 氏名	男 女	H R	年	月	日
住所	東京都江戸川区				

診断名
既往歴
身体機能 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 支えがあれば座位可能

※ ケア内容については、2枚目に記載

通常のバイタルサイン					
体温	°C	脈拍	回/分	呼吸数	回/分
血圧	/	mmHg	酸素飽和度	%	
<b>吸引</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管				
吸引チューブ	Fr	Fr			
頻度や留意点:					
<b>気切カニューレ</b>	種類	サイズ			
	人工鼻	種類			
<b>吸入</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 臨時 (臨時で実施するタイミング: )				
時間					薬剤
<b>酸素</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 臨時				
流量	ℓ/分				
臨時で実施する場合:					
<b>人工呼吸器</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 非侵襲的 (部位: )				
機種	メーカー				
設定・モード					
換気回数	回		酸素濃度 (FiO2)		
使用時	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
<b>経鼻エアウェイ</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
種類・メーカー	規格		挿入長さ c m		
<b>経管栄養</b>	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> EDチューブ				
チューブ種類	サイズ		Fr		
固定水	c c		挿入長さ c m		
<b>排尿</b>	<input type="checkbox"/> 導尿		時間	回数	回/日
	<input type="checkbox"/> 尿カテ留置		サイズ	Fr	固定水 c c
<b>排便</b>	<input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 敵便 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
薬剤名	投与量		c c		
使用頻度・タイミング					
<b>痙攣</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		頻度	最終発作	年 月 日
対応方法・使用薬剤					
<b>感染症・アレルギー</b>	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
内容 (薬剤や食材)					
症状	対応				
<b>その他特記事項</b> (入院中実施してほしいこと、上記以外の実施しているケア、利用している社会資源等)					