

# 事前調査表

医療法人社団星林会小児科内科落合医院

ショートステイ Hug Hug

お子さんのご自宅での生活状況をおうかがいします。ご協力頂ける範囲でご記入ください。

ご記入いただいた内容は、小児科内科落合医院およびショートステイ Hug Hug 内のみで使用し外部に漏れることはありません。

この事前調査表などをもとに、お預かりできるか、お預かりのし方を、ご相談させていただきます。

ご記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご記入者： \_\_\_\_\_ (続柄)

ご本人お名前 (ふりがな)： \_\_\_\_\_ ( )

性別： 男 ・ 女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ か月)

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

食物・薬などのアレルギー： 無・有 薬 ( \_\_\_\_\_ ) 食物 ( \_\_\_\_\_ )

(愛称あればお書きください) ( \_\_\_\_\_ )

好きなこと ( )

苦手なこと ( )

お昼寝 有 / 無 お時間( )

○緊急連絡先

氏名	続柄	電話番号
①		
②		
③		

○病名 (可能な範囲で医学的な正式病名を主治医にご確認ください。)

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

○内服薬 (現在服用中のお薬。お薬手帳のコピーでもかまいません)

薬の名前	回数	時間
1.		
2.		
3.		

4.		
5.		

### ○現在の状況のまとめ

医師確認の署名：

呼吸管理	酸素療法 吸引 ネブライザー 気管内挿管 気管切開	有 / 無 有 / 無 有 / 無 有 / 無 有 / 無	毎分 _____ L 一日の吸引回数 _____ 回 一日の使用回数 _____ 回
食事	経口摂取 胃ろう 腸ろう	全介助/一部介助 有 / 無 有 / 無	
排泄	おむつ 導尿 人工肛門	有 / 無 有 / 無 有 / 無	
補足	体位変換	有 / 無	
その他 〔この欄に該当するお子さんはお預かりできません。〕	人工呼吸器 IVH 血液透析	有 / 無 有 / 無 有 / 無	

なお、ベッド上や車いすでのポジショニングなど、家庭での様子がわかる写真などあれば、添

付ください。事前受診時にデジカメで撮影させていただく場合もあります。

## ○食事

経口摂取 自立 / 一部介助 / 全介助

チューブ栄養 有 / 無

(有に○を付けた方)

鼻腔 / 胃ろう / 腸ろう (○をつけてください)

チューブの種類・サイズ ( \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_Fr) 固定の長さ ( \_\_\_\_\_cm)

ポンプの使用 有 / 無 機器の種類 ( \_\_\_\_\_ )

1日総注入量 ( \_\_\_\_\_ml) とろみ 有 / 無 量 ( \_\_\_\_\_)

消毒方法 ( \_\_\_\_\_ )

時間・内容・量

時間	注入にかかる時間	内容	量

注入時の注意点

( \_\_\_\_\_ )

## ○呼吸管理

在宅酸素 有 / 無 ( \_\_\_\_\_ L) 投与時間 ( \_\_\_\_\_ )

気管切開 有 / 無

(有に○をつけた方)

一時的気管切開 / 永久的気管切開

カニューレの種類・サイズ ( \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ mm) 固定の長さ ( \_\_\_\_\_ cm)

カフ 有 / 無

人口鼻 有 / 無

経鼻咽頭エアウェイ 有 / 無

(有に○をつけた方)

チューブの種類・サイズ ( \_\_\_\_\_ ・ \_\_\_\_\_ mm) 固定の長さ ( \_\_\_\_\_ cm)

(在宅酸素ご使用の方は酸素機器をもちこんで頂くことになります。)

## ○ネブライザー

使用の仕方を具体的にお書きください。

( \_\_\_\_\_ )

(ネブライザーご使用の方はネブライザー等をもちこんで頂くことになります。)

## ○喀痰吸引

口腔吸引 チューブのサイズ ( \_\_\_\_\_ Fr) ( \_\_\_\_\_ ) 時間毎

(喀痰吸引する場合はご使用の吸引器、チューブ等もちこんで頂くことになります。)

## ○排泄

人工肛門 有 / 無

最終排便 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日) 浣腸 有 / 無

バルーンカテーテル 有 / 無

( \_\_\_\_\_ Fr) 最終交換日 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

間欠導尿 有 / 無 時間 ( \_\_\_\_\_ )

消毒薬の種類と交換について ( \_\_\_\_\_ )

(入所中に行う場合はバルーンカテーテル、消毒薬等をもちこんで頂くことになります。)

膀胱ろう 有 / 無 ( \_\_\_\_\_ Fr)

## ○体位交換

時間 ( \_\_\_\_\_ )

注意点 ( \_\_\_\_\_ )

除圧マットの使用： 有 / 無

(除圧マットご使用の場合はもちこんで頂くことになります。)

骨折の有無： 有 / 無 骨折部位 ( \_\_\_\_\_ )

○**処置**

※日常的に行っている処置あればご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

○**その他**

※気をつけてもらいたいこと、ご要望あれば遠慮なくご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )