生活情報用紙

氏名（しめい）　　生年月日

診断名
【　　】
フォロー病院名／科／電話番号
【　　／　　科】　TEL【　　】
【　　／　　科】　TEL【　　】
主治医
【　　】先生
通園・通学先/電話番号
【　　】　TEL【　　】
現在利用しているサービス(通所、訪問など)

家族構成（主に介護・保育にあたっている方には〇印を）
【　　】

◆現病歴

◆既往歴

◆薬（普段使っているものの時間、飲ませ方などもご記入ください）

◆感染症既往歴と予防接種歴
・麻疹・風疹【 既　麻疹・風疹 】【 未・済 】
・ 水痘　【 既 】【 未・済 】
・ おたふく【 既 】【 未・済 】

◆アレルギー　【 無・有　　】

◆けいれん　【 無・有　　】

◆平熱　【　　℃】　保温【 不要・必要　　】

◆身長　【　　cm】　◆体重【　　kg】

◆ 呼吸
人工呼吸器【無・有】
呼吸器種類:
呼吸器設定: モード　　呼吸回数　　圧　　／
吸気時間
呼吸器装着時間 【終日 ・ 夜間(就寝時)のみ ・ その他(　　)】

酸素【無・有】
酸素投与方法 【経鼻カヌラ ・ 人工鼻 ・ その他(　　)】
酸素量　　リットル／分
酸素使用時間【終日 ・夜間(就寝時)のみ ・ その他(　　)】

下咽頭チューブ【種類:　　mm/　　cm挿入】
気管カニューレ【種類:　　Fr】

吸引チューブ 【　　Fr】

◆ 栄養　【 経口 ・ 経管 】
経管方法 【胃チューブ・胃瘻・腸瘻】　チューブ種類【　　Fr／　　cm 】

内容・量・時間　【　　】

介助方法・体位　【　　】

好き・嫌い　【　　】

◆ 運動
自力運動の程度 【　　】

◆ あそび
好き嫌いなど　【　　】

◆ 表現方法　【　　】

◆ くせ　【　　】

◆ 睡眠　（パターン・導入方法・お昼寝など）
【　　】

◆ 排泄
排尿習慣【1日　回　量 : 少・普通・多　　】
導尿【　Fr　　】

排便習慣【1日　回　性状:　　】
摘便・下剤・浣腸【　　】

◆ その他
受給者証 【 無 ・ 有 (横浜市 ・ 川崎市) 】
会計　【 銀行振り込み ・ 来院、窓口会計 】

◆ 緊急連絡先