

### 3 医療機関の情報

●障害に関する医療機関

病院名			診療科				
主治医名		電話					
診断名			初診日				
診断名			初診日				
主治医からの 注意事項							
入院歴	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日

病院名			診療科				
主治医名		電話					
診断名			初診日				
診断名			初診日				
主治医からの 注意事項							
入院歴	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日

●その他のかかりつけ医療機関

病院名	診療科	電話	備考(主治医、受診内容)

●訪問看護

事業所名	訪問頻度
処置等の内容	

●医療的ケア

てんかん発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 年1回以上 )		
発作の状況			最終発作日
			年 月 日
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 )		
特別な医療など	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引処置(回数 回/日) <input type="checkbox"/> 間歇的導尿 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等) <input type="checkbox"/> ネブライザー(吸入器) <input type="checkbox"/> その他( )		
服薬	時間・量・種類	<input type="checkbox"/> 自分で判断して飲む <input type="checkbox"/> 声かけで飲む <input type="checkbox"/> 手渡して飲む <input type="checkbox"/> 口元に運べば飲む <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )	
	服薬補助具	<input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する( )	
配慮事項 (特別な対応)			



お薬手帳をコピーして入れてください