

様式1

子どもの記録（医療的ケア児用）

(ふりがな) 児童氏名		男 ・ 女	生年月日	月	日(年 歳)
受診先医療機関名						
診断名						
既往歴						
医療的ケア内容						
医療的ケア の具体的な内容	[喀痰吸引] <input type="checkbox"/> (口、鼻)		<input type="checkbox"/> 気管切開	回数	回/日	
	[経管栄養] <input type="checkbox"/> 経鼻		<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 腸瘻	回数	回/日
	[その他]					
服薬状況	<input type="checkbox"/> 有 (内容:) 回/日 <input type="checkbox"/> 無					
呼吸状態	[呼吸障害] <input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無					
摂食・嚥下状態	[経口摂取] <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 [食形態] <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> その他 () 例: ペースト食、流動食、すりつぶし食、きざみ食等、具体的に記入をお願いします。 [誤嚥の有無] <input type="checkbox"/> 有 (・よくある ・時々ある ・まれにある) <input type="checkbox"/> 無					
排尿・排便状態	[排尿・排便障害] <input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 (内容:) <input type="checkbox"/> 無					
発作の状態	[けいれん発作] <input type="checkbox"/> 有 (内服薬) <input type="checkbox"/> 無 [発作の様子・頻度] [発作時の対応]					

