

事前調査票

当院ではお子さんの御自宅での生活状況を把握することで、入所中の看護に役立てたいと思います。ご協力頂ける範囲で記入をお願いします。なお、ご記入頂いた内容は当院のみで使用し外部に漏れることはありません。

記入日： 平成 年 月 日

記入者： _____

確認看護師： _____

お名前： ふりがな _____ 愛称 (_____) 男・女

生年月日： 平成 年 月 日 歳 ヶ月

身長： _____ 体重： _____ (測定日： 年 月 日)

アレルギー 無・有 薬 (_____) 食品 (_____)
 かかりつけ医 (_____)
 (_____)

緊急連絡先 (連絡順に記入して下さい) ※必ず連絡が取れる番号を記入して下さい。

氏名	続柄	電話番号
①		
②		
③		

使用機器 (人工呼吸器など) の提携業者の緊急時連絡先 ※あるようなら記入して下さい。

業者名	使用機器・担当者	電話番号

家族構成

氏名	続柄	同居は○を	氏名	続柄	同居は○を

現在のお子さんの状況を教えてください

※備考欄を参考の上、家族記入欄□にチェックをお願いします。

		家族記入欄	医師記入欄	備考
呼吸管理	①人工呼吸器管理 ②気管内挿管・ 気管切開 ③酸素療法 ④1日の吸引回数： 1回/時間以上の頻回な吸引 又は6回/日以上 の頻回な吸引 ⑤ネブライザーの 使用： ネブライザー常時 使用 又はネブライザー3 回以上/日使用	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	毎日6時間以上 1日6時間以上
食事	①IVH ②経管・経口全介 助 ③抑制できない コーヒー用嘔吐	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	栄養摂取の目的 胃・腸を含む 週単位
補足	①体位変換6回/日 以上 ②定期導尿 人工肛門 ③過緊張により 臨時薬 ④血液透析	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	毎日 3回/週以上(興奮 や多動のための使 用は含まない)
医師サイン				

注入について

鼻腔・胃瘻・腸瘻 ※○をつけて下さい

チューブ種類・サイズ () ・ Fr) 固定の長さ () cm)
 ポンプの使用 無・有 機器の種類 ()
 1日総注入量 () ml) とろみ 無・有 量 ()

時間・内容・量

時間	注入にかける時間	内容	量

注入時の体位 (ベット・車椅子・右向き・左向き) その他 ()
 注入時の注意点・工夫

()

内服について

薬の名前	回数	時間

人工呼吸器

機器の種類 ()
設定 () 酸素 (%)
装着時間 24 時間 ・ (時～ 時)

在宅酸素 無・有 ※○をつけて下さい

(L) 投与時間 ()

気管カニューレ

種類・サイズ () ・ (Fr) 最終交換日 (/)

吸入 無・有 ※○をつけて下さい

種類・自宅での施行時間

吸引

吸引チューブのサイズ (Fr)
持続吸引 無・有 ※○をつけて下さい
吸引 () 時間毎

排泄

人工肛門 無・有 ※○をつけて下さい
最終排便 (/) 浣腸 無・有

バルーンカテーテル 無・有 ※○をつけて下さい
(Fr) 最終交換日 (/)

間欠導尿 無・有 時間 ()

膀胱瘻 無・有 (Fr)

体位変換

時間 ()

注意点 ()

除圧マットの使用 無・有 ※○をつけて下さい

マットの種類 ()

処置 ※日常的に行っている処置があれば記入をお願いします。

()

その他 ※気を付けて貰いたいこと・要望等あれば記入をお願いします。

()