

相談受付シート

No.1

氏名			生年月日	年	月	日	
住所							
連絡先			メールアドレス				
診断名							
障がいの内容							
現在までの経過							
医療的ケアについて	注入	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻					
		チューブのサイズ	Fr		cm		
		注入時間と内容	時間				
			量				
		1回の注入時間					
	吸引	気管内吸引	挿入長さ	cm			
			カニューレサイズ	Fr			
			予備カニューレ	Fr			
			吸引チューブサイズ	Fr			
		口鼻腔吸引	挿入長さ	cm			
			吸引チューブサイズ	Fr			
		吸引器の機種					
	持続吸引器						
	呼吸器	機種名					
		使用時間	24時間	夜間のみ	その他		
		トラブル時の連絡先					
	酸素	酸素流量					
		流量調整	可 ( )				不可
	吸入	使用時間					
		吸入薬					
臨時吸入							
けいれん発作	座薬						
	挿入のタイミング						

日常生活について	身長	cm		体重	kg		
	体温	平熱	°C	こもり熱	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	食事	回数	回	時間			
		内容	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 普通食				
		注意すること					
	水分	<input type="checkbox"/> そのまま可		<input type="checkbox"/> とろみをつけて (程度 )			
		<input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> 哺乳瓶					
	排泄	排尿	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 訓練中				
		排便	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 訓練中				
	便秘薬使用 <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし						
睡眠	時ごろ～ 時ごろ						
	睡眠導入剤の使用		<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし				
	午睡	<input type="checkbox"/> あり ( 時～ 時)			<input type="checkbox"/> なし		
姿勢・移動	<input type="checkbox"/> 座位可能		<input type="checkbox"/> 支えれば座位可能		<input type="checkbox"/> つかまり立ち		
	<input type="checkbox"/> 立位	<input type="checkbox"/> 歩行可	<input type="checkbox"/> 支えれば歩行可		<input type="checkbox"/> つたい歩き		
	<input type="checkbox"/> 四つ這い		<input type="checkbox"/> 寝返り可		<input type="checkbox"/> 移動せず		
過 ご し の 方	-----						
好きなこと							
苦手なこと							
利用するにあたり希望すること							
関 係 機 関	病院・診療科						
	往診医						
	訪問看護						
	区役所						
	療育センター						
	障害福祉サービス事業所 (地域活動ホーム他)						
	レスパイト先						