

ぽれぽれ 児童表

ID

受給者証番号

(日中ショートステイ)

※年度の初回利用時にご記入ください。内容に変更があった時は、利用時にその旨をお伝えください。

ふりがな 氏名		愛称		生年 月日	年 月 日
住所	自宅からクリニックまでの所要時間 分				
電話番号	自宅： 緊急連絡先：		通園通学先		
家族構成	※主な介護者に○印をつけてください				
かかりつけ 病院		主治医名			
診断名					
既往歴	週 日で出生 妊娠中の異常： なし ・ あり () 新生児仮死： なし ・ あり ※脱臼・骨折・誤嚥性肺炎の既往がある場合は必ず記入してください				
常用薬	※与薬方法・与薬時間も記入してください				
アレルギー	食物制限 なし ・ あり (食品名)				
	薬剤副反応 なし ・ あり (薬剤名)				
	アルコール綿で皮膚発赤 なし ・ あり				
	テープかぶれ かぶれやすい ・ かぶれにくい				
	その他 ()				
けいれん	熱性けいれん なし ・ あり				
	てんかん なし ・ あり (発作の様子) (発作時の対応)				
	その他けいれん なし ・ あり ()				
体温	普通の体温は °C位 体温調節は 不要 ・ 必要(方法)				

呼吸ケア	エアウェイ	なし・あり (サイズ mm 挿入長さ cm)
	気管切開	なし・あり (カニューレ名 サイズ)
	人工呼吸器	なし・あり (機種 設定条件 P I P P E E P 呼吸回数)
	酸素吸入	なし・あり (酸素流量 L/分)
	口・鼻腔吸引	なし・あり (カテーテルサイズ Fr)
	気管内吸引	なし・あり (カテーテルサイズ Fr)
栄養	経口摂取	下顎の動き できる ・ できない 噛みちぎり できる ・ 軟らかいものならでき できる ・ できない すりつぶし できる ・ 軟らかいものならでき できる ・ できない 送り込み できる ・ 軟らかいものならでき できる ・ できない 飲み込み できる ・ 時々むせる ・ 飲み込めるが誤嚥の可能性あり ・ 誤嚥する 水分へのとろみの添加 なし ・ あり (固さの目安 :)
	経管	胃管 Fr cm ・ 十二指腸チューブ ・ 胃瘻
	<1日の注入スケジュール>	時間・内容・注入量・所要時間などを記入してください (記入例 9時 エンシュアリキッド 200ml 右側臥位で1時間かけて)
排泄	排尿	尿意 あり ・ なし 方法 トイレへ誘導 ・ 尿器使用 ・ おむつ使用 ・ 導尿 <導尿の場合> カテーテルサイズ Fr 回数 1日 回 導尿実施時間 ()
	排便	便意 あり ・ なし 方法 トイレへ誘導 ・ 尿器使用 ・ おむつ使用 排便コントロール なし ・ あり (摘便 ・ 内服 ・ 坐薬 ・ 浣腸)
その他	※特に配慮が必要な点など記入してください	

記入日 年 月 日