

記入日 年 月 日
確認・追記日 年 月 日

2024・3改

レスパイト生活情報用紙

生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	※スタッフ記入欄 身長: (/) 体重: (/)
氏名	ふりがな (愛称)	

出生時の状況			
出生週数 (週 日)		出生体重 (g)	
妊娠中・分娩時の異常 (無・有:)			
家族構成 同居のご家族及び日常的に育児支援されている方についてお書きください			
氏名	続柄	年齢	職業 同居 連絡先(緊急時の連絡優先度も記入)
			①
			②
			③
既往歴・手術歴			
年/月	病名	現在の治療状況	
例) 2015. 2	肺炎(1週間入院)	内服中	当院・他院
			当院・他院
			当院・他院
			当院・他院
			当院・他院
熱性痙攣の既往 (無・有) 初回発作年月日:			
最終発作 年 月 (歳 ヶ月)			
抗痙攣剤の使用 (無・有: 処置等)			
<発熱時の対応>			
薬剤名・量		実施の目安:	
てんかん発作の既往 (無・有)			
最終発作 年 月 (歳 ヶ月)			
頻度:		予兆:	
<痙攣時の対応>			
薬剤名・量:		実施の目安:	
アレルギー			
アレルギー (無・有 [有の場合以下に詳細を記入してください])			
ラテックスアレルギー (無・有)			
食品 ()			
薬剤 ()			
その他 ()			
<内服薬名・回数・時間>			
<服薬方法>			
① mlの水で粉末薬を溶き、シリンジにて経口で内服			
② (胃瘻・経鼻チューブ)より注入 後押し(水・白湯) ml			
③その他:			

かかりつけ医療機関			
機関名	通院頻度		
	回	/月	年 緊急時
	回	/月	年 緊急時
	回	/月	年 緊急時
医療的ケアの状況			
<吸引療法> (無 ・ 有)			
頻度:食前・食後・吸入後・就寝前・その他()			
口腔・鼻腔内	Fr, 吸引圧	hPa、挿入長:	口腔 cm、鼻腔 cm
気管内	Fr, 吸引圧	hPa、挿入長:	cm
その他注意点			
<酸素療法> (無 ・ 有) (年 月 開始)			
使用状況 : 常時 ・ 睡眠時 ・ 臨時			
酸素投与量 L/分			
日常の酸素飽和度(SpO2): 覚醒時(%)、睡眠時(%)			
経皮的酸素飽和度()%以上を維持			
投与方法: 鼻腔カニューレ ・ 酸素マスク ・ 人工呼吸器			
<エアウェイ療法> (無 ・ 有)			
経鼻 ・ 経口 (サイズ内径: mm、 cm)			
<気管切開術> (無 ・ 有) (年 月 施行)			
術式 (喉頭気管分離 ・ 単純気管切開)			
腕頭動脈とカニューレの位置関係 (接している ・ 接していない)			
気管カニューレ: 種類:			
	内径	mm、長さ	cm、カフ圧 hpa、量 ml
カニューレ交換時期(週 回) 最終交換日()			
固定方法(カニューレバンドの長さ・交換のタイミングなど)			
ガーゼの枚数(枚)、Y割の向き(時方向)			
(人工鼻・スピーチバルブ) 種類:			
肉芽(無 ・ 有)			
消毒・軟膏:(無 ・ 有)			
種類・方法など:			
<人工呼吸療法> (無 ・ 有) 常時 ・ 睡眠時 ・ その他: 入浴 移動など			
呼吸器の種類:			
設定: モード() IPIP() EPEP() 呼吸回数()			
呼気時間() FiO2・酸素使用量() トリガー() ライズタイム()			
回路外れアラーム() 分時換気量下限()			
呼吸器装着時間(: ~ :)			
加温加湿:(無 ・ 有) 水の交換方法()			
<吸入療法> 薬剤名・時間・量			
定時吸入:			
適宜吸入:			
臨時吸入:			

食事について		
<食事状況> 全介助・一部介助 <摂取状況> 経口のみ・注入のみ・経口・注入併用 <食事の姿勢> 椅子・抱っこ・リクライニングベッド・車椅子・バギー(リクライニング: 有・無) <装具使用の有無> 無・有 詳細:		
<食事時間>(例:7時・12時・18時) 所要時間()分		
<経口摂取の場合> ほ乳瓶・離乳食・普通食・きざみ食・ペースト食・ミキサー食		
栄養剤の種類	ミルク・エンシュア・アイソカル・エネーボ・ラコール その他:	
<とろみ剤の使用> 無・有・とろみの程度(g/ 本)・固さ(例:ケチャップ状など) <1回の食事量>(例:0ml・お茶碗半分など) ml 回 乳首種類()・()		
<食器用具>スプーン・フォーク・その他() <食具洗浄方法> 洗剤洗浄・ミルトン消毒 <食べ方など> 普通に食べる・嚙まずに飲み込む・よくむせる・時々むせる <食欲>良い・普通・変動する		
<注入の場合>		
栄養剤の種類	ミルク・エンシュア・アイソカル・エネーボ・ラコール・ペースト食・ミキサー食 その他:	
<とろみ剤の使用> 無・有・とろみの程度(g/ 本)・固さ(例:ケチャップ状など)		
経鼻チューブ	種類: サイズ: Fr 挿入長: cm 挿入鼻(右・左)鼻 最終交換日 月 日	
経鼻チューブ固定方法		
胃瘻	種類: サイズ: Fr 挿入長: cm 長さの型:チューブ型・ボタン型 cm・ストップパの型:バンパー型・バルーン型(固定水 ml) 最終交換日: 月 日	
胃瘻固定方法		
注入方法	手押し	分で 回に分けて
	ボトル・シリンジポンプ その他 ()	分で ml
	後押し白湯量	ml
	<その他> 例:嘔吐の有無や頻度、経口や注入に切り替える目安、注入シリンジ・ボトル等の洗浄方法など	
軟膏	無・有(種類、時間:) 塗布部位:()	
<水分補給>		
水分は飲めない・コップ・哺乳瓶(乳首の種類、サイズ:)・ストロー・スプーン 1回量:約 m / 1日量:約 ml		
<口腔ケア>		
タイミング: 毎食後・就寝前・起床時 口腔消毒液の使用: 無・有		

生活の様子

<生活リズム>
*平均的な一日の過ごし方をお書きください(食事・注入、睡眠、内服等)
AM0 _____ PM24 _____

<排泄>
排尿: 回/ 日・排便: 回/ 日・オムツ交換頻度:
自然に便が出る: 毎日 ・ 日毎、 便の状態: 緩い ・ 硬め ・ 普通
浣腸、下剤、坐薬の使用: 無 ・ 有(下剤名、使用量、頻度: 毎日 or 日おき)
その他:

<入浴>
頻度: 日に 回、または 曜日と 曜日
介助方法:
入浴サービス: 無 ・ 有
必要な物品: 洗剤 ・ スポンジ ・ クッション ・ その他:
軟膏: 無 ・ 有(種類、使用部位:
どのような時に軟膏を使用している:

<睡眠>
安定している ・ 不規則
睡眠剤の使用: 無 ・ 有(薬剤名:)
(どんな時に使用するか:)
その他必要な配慮:
ポジショニング(有・無)※有の場合別紙記載 体位変換(有・無) 時間毎

<活動>
運動機能: 寝たきり ・ 首のすわりなし ・ 首がすわっている ・ 寝返りできる ・ 支えがあれば座れる
移動方法:
麻痺: 無 ・ 有(具体的な状況:)
筋緊張: 無 ・ 有(対処方法:)

<集団生活>
無 ・ 保育園 ・ 幼稚園 ・ 児童発達支援センター ・ 特別支援学校
訪問看護 ・ 訪問診療 ・ リハビリ ・ その他:
周囲の流行性疾患の発生(無 ・ 有 :)
その他必要な配慮(楽な姿勢や不安の軽減方法など:)

<コミュニケーション> **<好きなこと・苦手なこと>**

<ストレス時の行動> **<体調が悪くなる時の兆候>**

予防接種の接種状況 接種したものに○を付け、1ヵ月以内のものは日付もお書きください

ワクチン	第1回目	第2回目	第3回目	第4回目	罹患
4種・3種混合					
ポリオ(単独)					
ヒブ					
肺炎球菌					
ロタ					
B型肝炎					
BCG					
麻疹					未・済(歳)
風疹					未・済(歳)
おたふくかぜ					未・済(歳)
水痘(水ぼうそう)					未・済(歳)
日本脳炎					
インフルエンザ					