

## 健康(医療)項目チェックシート

記入日 年 月 日

ふりがな				性別	年齢	血液型
氏名					歳	型
身長 cm		体重 kg		平熱 °C		
血 圧	最高 mmHg	最低 mmHg	脈拍 拍／分	血圧数値 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 高め <input type="checkbox"/> 低め <input type="checkbox"/> その他( )		
視 力	日常生活に <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし		眼鏡着用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	備考		
聴 力	日常生活に <input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし		補聴器使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	備考		
皮膚の状態(乾燥肌、敏感肌、アトピーなど)						
歯の状態(虫歯、歯槽膿漏など)						
排泄の状態(下痢、便秘など)						
アレルギー	(食べ物、花粉症等、アレルギー症状も含む)					

既往歴 ・ 手術歴	疾病名・手術名	年月日	状況(完治・経過観察・治療中)

かかりつけ医療機関	病院名	主治医名	電話番号	通院頻度、その他
	科			
	科			
	科			
	科			
	科			
	科			
	科			

※お薬等の内容については

お薬手帳や医療情報提供書等のコピーでも構いません。

服薬				
常備薬	薬剤名	量(錠、包、mg等)	服薬時間	服薬方法、その他留意点
	朝			
	昼			
夕				
睡前				

	薬剤名	量(錠、包、mg等)	服薬時間	服薬方法、その他留意点

頓服薬服用の目的やタイミング、服用の頻度等

	薬剤名	効能	塗布するタイミング、時間	塗布する部位

発作						
てんかん発作の有無			<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> てんかん波はあるが発作はなし			
※  発作の種類(症状)	焦点(部分)発作		<input type="checkbox"/> 単純部分発作(意識障害なし) <input type="checkbox"/> 複雑部分発作(意識障害あり) <input type="checkbox"/> 二次性全般化発作 <input type="checkbox"/> その他( )			
	全般発作		<input type="checkbox"/> 強直間代発作 <input type="checkbox"/> 欠神発作 <input type="checkbox"/> ミオクロニー発作 <input type="checkbox"/> 間代発作 <input type="checkbox"/> 強直発作 <input type="checkbox"/> 脱力発作 <input type="checkbox"/> その他( )			
	<input type="checkbox"/> その他( )					
	重積発作の有無			<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし		
	頻度	<input type="checkbox"/> 現在も重積発作が起きる ( )      回／日・週・月・年)				
		<input type="checkbox"/> 現在は起きないが過去に起きたことがある (最後に重積発作が起きた年齢)      歳)				
		<input type="checkbox"/> その他 ( )				
	①発作時の具体的な行動や様子、発作持続時間      ②発作時、発作後の対応や留意点等					
	発作が起きやすい状況				発作が起きやすい時間帯	
	<input type="checkbox"/> 疲労時 <input type="checkbox"/> 睡眠不足時 <input type="checkbox"/> うとうとしている時 <input type="checkbox"/> 覚醒時 <input type="checkbox"/> 興奮時 <input type="checkbox"/> 熱発時( °C) <input type="checkbox"/> 散歩時 <input type="checkbox"/> その他※				<input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 入眠時 <input type="checkbox"/> 睡眠時 <input type="checkbox"/> その他※	
※				※		

発作時の様子	頻度	<input type="checkbox"/> 現在も発作が起きる ( )	回／日・週・月・年)
		<input type="checkbox"/> 現在は起きないが過去に起きたことがある (最後に発作が起きた年齢	歳)
		<input type="checkbox"/> その他 ( )	)
	① 発作前に見られる行動や様子、発作の前兆		
② 発作時の具体的な行動や様子、発作持続時間			
③ 発作時、発作後の対応や留意点等			
発作対応時の服薬		<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし	
※	薬剤名	量(錠、包、mg等)	服薬方法、その他留意点

医療的ケア							
医療的ケアの有無			<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> 過去に医療的ケアを実施したことがある※ <input type="checkbox"/> なし				
※	気管切開	気管切開			<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし		
		Yガーゼ			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
		<input type="checkbox"/> 人口鼻 <input type="checkbox"/> スピーチバルブ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ					
		種類		サイズ		交換日	
		<input type="checkbox"/> カニューレフリー					
		留 意 点					
		気管カニューレ抜去時の対応、その他留意点等					
※	経管栄養	経管栄養			<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし		
		口経鼻	サ イ ズ	Fr cm			
		口胃瘻	サ イ ズ	Fr cm	固定水	ml	
		口腸瘻	サ イ ズ	Fr cm	固定水	ml	
		口PTEG	サ イ ズ	Fr cm	固定水	ml	
		口その他					
		チューブ交換日			／週・ヶ月 毎	固定水交換日	
	栄 養 剤	種類	時間	投与量		投与時間	

			注入時の姿勢、又、注入時や注入後の留意点や注意点等					
			経鼻経管栄養抜去時の対応、その他留意点等					
痰吸引	痰吸引				□あり※ □なし			
	※	□口腔内	吸引圧	kPa	サイズ	Fr	cm	
		□鼻腔内	吸引圧	kPa	サイズ	Fr	cm	
		□気管カニューレ内	吸引圧	kPa	サイズ	Fr	cm	
		□気管内	吸引圧	kPa	サイズ	Fr	cm	
		□その他						
		痰吸引時の注意点、その他留意点等						
吸入	吸入				□あり※ □なし			
	※	目的	□痰除去、排痰 □気管支拡張 □その他( )					
		回数	回／日(□適宜 □発作時 □その他( ))					
		薬剤	薬剤名	時間	噴射量	噴射時間		
		吸入時の注意点、その他留意点等						

		ネブライザー		<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし			
ネ ブ ライ ザ ー	目的	<input type="checkbox"/> 痰除去、排痰 <input type="checkbox"/> 気管支拡張 <input type="checkbox"/> その他( )					
		回数		回／日( <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> 発作時 <input type="checkbox"/> その他( ))			
	※ 薬 剤	薬剤名	時間	噴射量			
				噴射時間			
ネブライザー使用時の注意点、その他留意点等							
		酸素療法		<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし			
酸 素	症状	<input type="checkbox"/> 唇や抹消のチアノーゼ表出 <input type="checkbox"/> 呼吸回数の上昇 <input type="checkbox"/> 努力呼吸など呼吸パターンの変化表出 <input type="checkbox"/> SPO2 が医師の指示の( )%以下になった場合 <input type="checkbox"/> その他( )					
		<input type="checkbox"/> 鼻カニューレ(カヌラ) <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> リザーバーマスク <input type="checkbox"/> ベンチュリーマスク <input type="checkbox"/> オキシマスク(マルチパラスマスク) <input type="checkbox"/> ハイホーネブライザー <input type="checkbox"/> ネザルハイフロー <input type="checkbox"/> その他( )					
	※	加湿		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		酸素流量	~ l/分				
上記範囲内で SPO2 を( )%に維持する							
酸素療法時の注意点、その他留意点等							
		人工呼吸器の使用		<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし			
人工 呼吸 器	※	種類	<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> BIPAP <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> その他( )				
		設定	使用時間				

		人工呼吸器の使用によるスキントラブル	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		人工呼吸器を使用する際の注意点、その他留意点等		
エ ア ウ エ イ	※	エアウェイ		<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし
		症 状	<input type="checkbox"/> 鼻腔狭窄 <input type="checkbox"/> アデノイド <input type="checkbox"/> 扁桃肥大 <input type="checkbox"/> 舌根沈下による上咽頭狭窄 <input type="checkbox"/> 舌根沈下による中咽頭狭窄 <input type="checkbox"/> その他( )	
			<input type="checkbox"/> 経鼻エアウェイ <input type="checkbox"/> 経口エアウェイ <input type="checkbox"/> ラーリンジアルマスク <input type="checkbox"/> 食道閉鎖式エアウェイ <input type="checkbox"/> その他( )	
		サイズ	Fr	cm
エアウェイ抜去のタイミングや抜去時の対応、その他留意点等				
摘 便 ・ 浣 腸	※ 摘 便	敵便の実施		<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし
		症 状	<input type="checkbox"/> 身体麻痺(部位 <input type="checkbox"/> 直腸の機能障害 <input type="checkbox"/> 浣腸や下剤を使用しても効果が得られない場合(便秘 日目以降) <input type="checkbox"/> その他( )	
			摘便を実施する際の注意点、その他留意点等	
		浣腸の実施		<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし
※ 浣 腸	※ 浣 腸	症 状	<input type="checkbox"/> 身体麻痺(部位 <input type="checkbox"/> 直腸の機能障害 <input type="checkbox"/> 下剤を使用しても効果が得られない場合(便秘 日目以降) <input type="checkbox"/> その他( )	
			浣腸液の使用	
		※	症状	薬剤名
			便秘 日以上	使用量 ml
浣腸を実施する際の注意点、その他留意点等				

		導尿	<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし																				
導尿	<input type="checkbox"/> 間欠的導尿(一時的導尿) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">回 数</td> <td colspan="2"></td> <td style="width: 15%; text-align: right;">回／日・適宜</td> </tr> <tr> <td>時 間</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> </table>			回 数			回／日・適宜	時 間															
	回 数			回／日・適宜																			
	時 間																						
	<input type="checkbox"/> 持続的導尿(バルーンカテーテル) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">サイズ</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Fr</td> <td style="width: 25%; text-align: right;">cm</td> </tr> <tr> <td>固定水</td> <td>交換日</td> <td style="text-align: right;">ml ／日・週・毎</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: middle; text-align: center;">排尿カウント</td> <td style="text-align: center;">回 数</td> <td></td> <td style="text-align: right;">回／日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">時 間</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			サイズ	Fr	cm	固定水	交換日	ml ／日・週・毎	排尿カウント	回 数		回／日	時 間									
	サイズ	Fr	cm																				
固定水	交換日	ml ／日・週・毎																					
排尿カウント	回 数		回／日																				
	時 間																						
導尿カテーテル抜去時の対応、その他留意点等																							
ストーマ	ストーマケア <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">期間</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>永久的ストーマ <input type="checkbox"/>一時的ストーマ(期間) ~ →約 日間)</td> </tr> <tr> <td>種類</td> <td><input type="checkbox"/>結腸ストーマ</td> <td><input type="checkbox"/>回腸ストーマ</td> <td><input type="checkbox"/>ウロストーマ</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>その他( )</td> </tr> <tr> <td>開口部数</td> <td><input type="checkbox"/>単孔式ストーマ</td> <td><input type="checkbox"/>双孔式ストーマ</td> <td><input type="checkbox"/>分離式ストーマ</td> </tr> <tr> <td colspan="4">ストーマケアの注意点、その他留意点等</td> </tr> </table>			期間	<input type="checkbox"/> 永久的ストーマ <input type="checkbox"/> 一時的ストーマ(期間) ~ →約 日間)			種類	<input type="checkbox"/> 結腸ストーマ	<input type="checkbox"/> 回腸ストーマ	<input type="checkbox"/> ウロストーマ		<input type="checkbox"/> その他( )			開口部数	<input type="checkbox"/> 単孔式ストーマ	<input type="checkbox"/> 双孔式ストーマ	<input type="checkbox"/> 分離式ストーマ	ストーマケアの注意点、その他留意点等			
	期間	<input type="checkbox"/> 永久的ストーマ <input type="checkbox"/> 一時的ストーマ(期間) ~ →約 日間)																					
	種類	<input type="checkbox"/> 結腸ストーマ	<input type="checkbox"/> 回腸ストーマ	<input type="checkbox"/> ウロストーマ																			
		<input type="checkbox"/> その他( )																					
	開口部数	<input type="checkbox"/> 単孔式ストーマ	<input type="checkbox"/> 双孔式ストーマ	<input type="checkbox"/> 分離式ストーマ																			
ストーマケアの注意点、その他留意点等																							
その他実施している医療的ケア、医療的ケアに関する留意点等																							

感染(予防接種)				
<input type="checkbox"/> ①水痘	<input type="checkbox"/> ②麻疹	<input type="checkbox"/> ③風疹	<input type="checkbox"/> ④おたふく風邪	
予防接種実施( )歳	予防接種実施( )歳	予防接種実施( )歳	予防接種実施( )歳	
<input type="checkbox"/> ⑤B型肝炎	<input type="checkbox"/> ⑥C型肝炎	<input type="checkbox"/> ⑦疥癬(ヒゼンダニ)	<input type="checkbox"/> ⑧レジオネラ症	
予防接種実施( )歳	予防接種実施( )歳			
<input type="checkbox"/> ⑨HIV感染	<input type="checkbox"/> ⑩梅毒	<input type="checkbox"/> ⑪MRSA (メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)	<input type="checkbox"/> ⑫ロタウイルス (1価・5価)	
予防接種実施( )歳		予防接種実施( )歳	予防接種実施( )歳	
<b>該当番号</b>	<b>発症年齢</b>	<b>発症期間</b>	<b>現在の状態</b>	<b>備考</b>
(①～⑪)	(歳)	(日数)	( 完治 ・ 経過観察 ・ 治療中 )	(その他)
<b>上記以外で発症したことのある感染症</b>				
<b>感染症名</b>	<b>発症年齢</b>	<b>発症期間</b>	<b>現在の状態</b>	<b>備考</b>

その他身体情報に関する留意点

