

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		体重		平熱		
cm		kg		°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)					

	疾病名・手術名		年月日	状況(完治・経過観察・治療中)
既往歴 ・ 手術歴				
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					
眠前					

頓服薬	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			
塗布薬	薬剤名	効能	塗布するタイミング、時間	塗布する部位

	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 ()		
	発作時の様子	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						
			※	<input type="checkbox"/> 経鼻	サイズ	Fr	cm							
				<input type="checkbox"/> 胃瘻	サイズ	Fr	cm	固定水	ml					
				<input type="checkbox"/> 腸瘻	サイズ	Fr	cm	固定水	ml					
				<input type="checkbox"/> PTEG	サイズ	Fr	cm	固定水	ml					
<input type="checkbox"/> その他														
チューブ交換日				／週・ヶ月		毎	固定水交換日			／日・週		毎		
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	<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(□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	ネブライザー			□あり※ □なし		
		※	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(□適宜 □発作時 □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	酸素療法			□あり※ □なし		
		※	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(マルチパーパスマスク) <input type="checkbox"/> ハイフローネブライザー <input type="checkbox"/> ネーザルハイフロー <input type="checkbox"/> その他()				
			加湿		□あり □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			人工呼吸器の使用			□あり※ □なし	
	※	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				
	エアウェイ	エアウェイ			<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし	
		※	症 状	<input type="checkbox"/> 鼻腔狭搾 <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	敵便の実施			<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし	
		※摘便	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		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		<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし	
			※	症状	薬剤名	使用量
	便秘		日 以上		ml	
	浣腸を実施する際の注意点、その他留意点等					

	導尿	導尿		□あり※ □なし		
		□間欠的導尿(一時的導尿)				
		回 数	回 / 日 ・ 適宜			
		時 間				
		□持続的導尿(バルーンカテーテル)				
		サ イ ズ	Fr cm			
		固 定 水	ml 交換日 / 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		□あり※ □なし		
		期間	□永久的ストーマ □一時的ストーマ(期間 ~ →約 日間)			
		種類	□結腸ストーマ □回腸ストーマ □ウロストーマ □その他()			
		開口部数	□単孔式ストーマ □双孔式ストーマ □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水疱瘡 予防接種実施()歳	<input type="checkbox"/> ②麻疹 予防接種実施()歳	<input type="checkbox"/> ③風疹 予防接種実施()歳	<input type="checkbox"/> ④おたふく風邪 予防接種実施()歳	
<input type="checkbox"/> ⑤B型肝炎 予防接種実施()歳	<input type="checkbox"/> ⑥C型肝炎 予防接種実施()歳	<input type="checkbox"/> ⑦疥癬(ヒゼンダニ)	<input type="checkbox"/> ⑧レジオネラ症	
<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	
<input type="checkbox"/> ⑬BCG 予防接種実施()歳	<input type="checkbox"/> ⑭HPV	<input type="checkbox"/> ⑮小児肺炎球菌 予防接種実施()歳	<input type="checkbox"/> ⑯その他	
該当番号	発症年齢	発症期間	現在の状態	備考
(①～⑯)	(歳)	(日数)	(完治 ・ 経過観察 ・ 治療中)	(その他)
上記以外で発症したことのある感染症				
感染症名	発症年齢	発症期間	現在の状態	備考

その他身体情報に関する留意点

