

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)					

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

お薬手帳や処方箋等のコピーでも構いません。

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

※		※	
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		□あり※ □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			□あり※ □なし		
		Yガーゼ			□あり □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			□あり※ □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			
経鼻経管栄養除去時の対応、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	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	□CPAP □BIPAP □PSV □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		□あり □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			□あり※ □なし	
	※	症状	□鼻腔狭搾 □アデノイド □扁桃肥大 □舌根沈下による上咽頭狭窄 □舌根沈下による中咽頭狭窄 □その他 ()		
			□経鼻エアウェイ □経口エアウェイ □ラリンジアルマスク □食道閉鎖式エアウェイ □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					
排便・浣腸	排便の実施			□あり※ □なし	
	※ 摘便	症状	□身体麻痺(部位) □直腸の機能障害 □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) □その他 ()		

		排便を実施する際の注意点、その他留意点等		
		浣腸の実施		□あり※ □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		□あり※ □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		□あり※ □なし
導尿	□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	交換日	ml / 日・週 毎	
排尿カウント	回数	回 / 日		
	時間			
	時間			

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その他

該当番号	発症年齢	発症期間	現在の状態	備考
(①～⑫)	(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

