

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			

※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		<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					<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				
		経鼻経管栄養除去時の対応、その他留意点等					
痰吸引	痰吸引			□あり※ □なし			
	※	<input type="checkbox"/> 口腔内	吸引圧	kPa	サイズ	Fr	cm
		<input type="checkbox"/> 鼻腔内	吸引圧	kPa	サイズ	Fr	cm
		<input type="checkbox"/> 気管カニューレ内	吸引圧	kPa	サイズ	Fr	cm
		<input type="checkbox"/> 気管内	吸引圧	kPa	サイズ	Fr	cm
		<input type="checkbox"/> 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							

		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	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		□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 <small>(メチシリン耐性黄色ブドウ球菌)</small>	<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がある感染症

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

