

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			
	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

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

	<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※	

		□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			□あり※ □なし			
		※	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻	サイズ	Fr	cm	
				<input type="checkbox"/> 胃瘻	サイズ	Fr	cm	固定水
<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						
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(<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	酸素療法			<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> 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(カメラ) <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			<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	人工呼吸器の使用			<input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> 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		□あり※ □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		□あり※ □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	摘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	導尿		□あり※ □なし	

	<input type="checkbox"/> 間欠的導尿(一時的導尿)	
	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)	
	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 <input type="checkbox"/> あり※ <input type="checkbox"/> なし	
	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
(①~⑱)	(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

--

