

問 診 票

こども療育センター

この問診票は、日中一時・短期入所事業ご利用の参考にさせていただきます。その他の目的で使用されるものではありませんので、必要事項を記入し該当するものに○をしてください。

ID :		(記入日 年 月 日)	
患者氏名 (フリガナ)	男・女	生年月日 年 月 日 (歳)	
住所 〒 -	保護者氏名 (フリガナ)	1. 自宅電話 - - 2. 携帯電話・氏名 (続柄) - -	
3. 緊急連絡先電話・氏名 (続柄) - - ()			
利用目的	学校名 通所先名		
利用希望期間 年 月 日 () ~ 年 月 日 ()			
主病名			
普段診てもらっている「かかりつけ医師 (病院)」がある方は以下にご記入ください。 医院・病院 科 先生			
普段利用している施設がある方は以下にご記入ください。			
定期的に服用している薬がありますか? ある ・ なし 服薬がある方はお薬手帳のコピーを提出してください。			
今までにかかった病気や手術をしたことがありましたらご記入ください。			
現在治療中の病気がありますか? ある ・ なし	身長 c m	体重 Kg	

<p>気管切開をしていますか？ はい ・ いいえ</p> <p>吸引は必要ですか？ はい ・ いいえ</p> <p>吸入はしていますか？ はい ・ いいえ</p> <p>酸素吸入をしていますか？ はい ・ いいえ 酸素量 _____ リットル</p>	<p>気管カニューレの内容をご記入ください。</p> <p>製品名 _____</p> <p>サイズ _____</p> <p>交換の頻度は？ 月に _____ 回 _____</p> <p>抜けてしまった場合のカニューレ</p> <p>製品名・サイズ _____</p>
<p>呼吸器を使用していますか？ はい ・ いいえ</p> <p>使用している方に伺います。使用している機種 (_____)</p> <p>使用する頻度 (1日中 ・ 夜間だけ ・ 具合が悪い時だけ)</p>	
<p>痙攣や意識がなくなる発作はありますか？ はい ・ いいえ ・ 以前あったが今はない</p> <p>最後に発作があったのは (_____ 年 _____ 月 _____ 日)</p> <p>発作の回数はどれくらいですか？ (年・月・週・日) に (_____ 回)</p> <p>1回の発作の時間はどれくらい続きますか？ (_____ 分 _____ 秒)</p> <p>痙攣が起こる前の前兆はありますか？</p> <p>呼吸状態が悪くなる時はありますか？</p> <p>発作の間はどのような状態になりますか？</p> <p>発作の時に使う薬は何ですか？</p> <p>どのような対処をするように説明を受けていますか？</p>	
<p>アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ</p> <p>(喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ じんましん ・ アトピー ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー)</p> <p>どのようなときに症状がでますか？</p> <p>症状が出たときはどのような対応をしていますか？</p> <p>喘息と言われた方 (何歳から _____)</p> <p>使用しているお薬はありますか？</p> <p>食事はどのように摂っていますか？</p> <p>方法 (経口 ・ 経管栄養) 場所 (ベッド上 ・ 車椅子 ・ 椅子)</p> <p>【経口摂取の場合】</p> <p>どのような硬さのものを食べていますか？</p> <p>ごはん (米飯・おかゆ・ペースト)</p> <p>おかず (普通・一口大・大きざみ・小さざみ・ペースト・その他)</p> <p>量はどのくらい食べていますか？ (大盛り ・ 普通 ・ 小盛)</p> <p>食事はどれくらい介助していますか？ (全介助 ・ 半介助 ・ 見守り)</p> <p>普段使用している食具があったらご記入ください。(_____)</p> <p>食事にかかる時間は？</p>	

水分はどのようにして飲みますか？

アレルギーの方で食べ物の注意はありますか？

薬の飲み方はどのように飲みますか？

食事摂取のとき大変だと感じることはありますか？（むせたりしますか？）

嘔吐や逆流性食道炎などがありますか？

【経管栄養の場合】

経管栄養の方法は？（ 鼻腔栄養 ・ 胃瘻 ・ その他 ）

注入の内容について教えてください。

投与方法、注入時間、1回量、注入物などについてご記入ください。

経管栄養に使用するチューブの種類とサイズ、固定の長さをご記入ください。

交換頻度は？ 月に 回

持続ポンプ使用の有無（ 有 ・ 無 ）

注入中に何か注意することはありますか？それはどのようなことですか？

移動はどのように行っていますか？

（ 杖歩行 ・ 装具使用して歩行・車椅子(自力で動く)・車椅子(介助が必要)・よつばい・ひじばい
尻ばい・寝返りできる・寝たきり）

移動時の介助方法や注意点をできるだけ詳しく教えてください。

骨折しやすいお子さんですか？骨折予防はどのように行っていますか？

睡眠は普段ベッドを使用していますか、布団ですか？

特殊ベッドは必要ですか？

つかまり立ち（膝立ち）ができますか？（ できる ・ できない ）

就寝時は身体を激しく動かしますか？

夜間に大きな声をあげますか？

ベッド柵にカバーの必要がありますか？（ あり ・ なし ）

不随意運動等でぶつけてケガをすることがありますか？（ あり ・ なし ）

エアーマットは必要ですか？（ 必要 ・ 不要 ）

その他、何か安全対策がありましたご記入してください。

排泄についてご記入ください。

排尿方法 (トイレ・オムツ・導尿・留置カテーテル・その他)

回数は? (1日 回)

尿意を伝えることができますか? (できる ・ できない)

できる方はその方法を教えてください。

夜間の排尿は (ある : 回 ・ ない)

排便方法 (トイレ・オムツ・その他)

排便のかたさは? (普通 ・ 硬い ・ 軟らかい ・ 下痢ぎみ ・ その他)

便秘は? (ある ・ ない)

普段、週に何回排便がありますか? 回

便が硬いときの対策を記入してください

(下剤 ・ 座薬 ・ 浣腸 ml ・ 摘便 ・ その他)

排泄時の介助方法や注意点をできるだけ詳しくご記入ください。

床ずれの有無、場所、大きさについてご記入ください。(あり ・ なし)

着替えはどのように行っていますか?

(自分でできる ・ できないところを介助・すべて介助が必要)

夜間の寝衣はパジャマですか (はい ・ いいえ)

介護をしていて以下のようなことが今までにありましたか? (ある場合は○をつけてください)

(窒息・ケガ・中毒・転落・転倒・不眠・夜泣き・異食・多動・骨折・何でも口に入れる)

自分自身を傷つけること。(あり ・ なし)

ある場合はどのように

他人を傷つけること。(あり ・ なし)

ある場合はどのように

上記のことについてご家庭ではどのように注意していますか?

接種済みの予防接種と、かかった病気について○をつけてください。

〈済んでいる予防接種〉麻疹(はしか) ・ 風疹(三日ばしか) ・ 水痘(水ぼうそう) ・ 三種混合 ・ ポリオ・
おたふく ・ ツベルクリン反応(陽性・陰性) ・ BCG ・ インフルエンザ

〈かかった病気〉 麻疹・風疹・水痘・ポリオ・おたふく・突発性発疹・その他

ご近所又はご家族で現在流行している病気はありますか?(インフルエンザなどの感染症)

◇ご利用に際して、ご要望やご意見がありましたらご記入ください。