医療情報連絡票

記入年月日：

1．お子様の情報

ふりがな 名　前		男・女	住所	〒			
生年月日	年　　月　　日（　　歳）		TEL		FAX		
血　液　型		Rh	＋・－	お持ちの手帳にチェック☑		等級	
身長／体重	cm／　　kg			□　身体障害者手帳			
該当する 医療制度				□　療育手帳 □　精神障害者保健福祉手帳		【障がい名】	

2．お子様の医療的ケア等の状況

当てはまるものにチェック	名称・状況等
□病名	かかりつけ　　主治医
□定期薬名・服薬状況	
□臨時薬名・服薬状況	
□アレルギーのある薬剤名	
□てんかん発作	【予兆】 【発作時の対応】
□気管切開	【方法】□単純気管切開　　□喉頭気管分離 【気管カニューレ】サイズ：　　mm（カフ付き・カフなし） 製品名：
□人工呼吸器（普段の設定）	【機種】 【換気モード】 【酸素】　　％　　L　【呼吸回数】　　回／分　【１回換気量】　　ml／回
□吸引	【吸引チューブ】サイズ：　　mm 【吸引回数】　　回／日（そのうち夜間は　　回／日）
□経管栄養・摂取方法	【方法】 【栄養剤名】 【摂取量】経管栄養：　　ml／日　【水分】　　ml／日
□排泄	【排尿方法】自立・その他（　　）　回数：　　回／日 カテーテル（　　Fr） 【排便方法】自立・その他（　　）　回数：　　回／日 ストマ物品
□移動	【用具・手段】
□その他（上記以外で伝えたいことを記載して下さい）	