

登録番号	<input style="width:90%;" type="text"/>	受付日	<input style="width:90%;" type="text"/>	登録日	<input style="width:90%;" type="text"/>	更新日	<input style="width:90%;" type="text"/>
登録者連絡先	<input style="width:100%;" type="text"/>						
登録者住所	<input style="width:100%;" type="text"/>						

病名	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>

内服薬

<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>

外常用薬

<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
-----------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------

アレルギーの有無  
 無  有 →

食物①	<input style="width:95%;" type="text"/>	薬物①	<input style="width:95%;" type="text"/>
食物②	<input style="width:95%;" type="text"/>	薬物②	<input style="width:95%;" type="text"/>
食物③	<input style="width:95%;" type="text"/>	薬物③	<input style="width:95%;" type="text"/>
食物④	<input style="width:95%;" type="text"/>	薬物④	<input style="width:95%;" type="text"/>
食物⑤	<input style="width:95%;" type="text"/>	薬物⑤	<input style="width:95%;" type="text"/>

感染性疾患

B型肝炎ウイルス
  C型肝炎ウイルス
  HIV
  MRSA
  その他 (  )

現在のバイタルサイン

身長(  )cm
 体重(  )kg
 体温(  )°C
 SPO2(  )%
 呼吸数(  )回/分

心拍数:睡眠時(  )/分
 覚醒時(  )/分
 血圧:最高(  )mmHg
 最低(  )mmHg

手術・入院歴

年月	病名	入院期間	医療機関名
<input style="width:20px;" type="text"/> 年 <input style="width:20px;" type="text"/> 月	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:20px;" type="text"/> 年 <input style="width:20px;" type="text"/> 月	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:20px;" type="text"/> 年 <input style="width:20px;" type="text"/> 月	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:20px;" type="text"/> 年 <input style="width:20px;" type="text"/> 月	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:20px;" type="text"/> 年 <input style="width:20px;" type="text"/> 月	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:20px;" type="text"/> 年 <input style="width:20px;" type="text"/> 月	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>
<input style="width:20px;" type="text"/> 年 <input style="width:20px;" type="text"/> 月	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>	<input style="width:95%;" type="text"/>

輸血歴 年 月 年 月 年 月

情報登録書(医療機関記入用②)

氏名( ) 生年月日( ) 性別( )

呼吸	喘息の既往	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→最近の入院( 年 月 ) 治療法( )	
	肺炎の既往	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→最近の入院( 年 月 ) 治療法 → <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 気管挿管	
	在宅ケア	吸引	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管内 → 回数 <input type="radio"/> 体調不良時のみ <input type="radio"/> 6回/日未満 <input type="radio"/> 6回/日以上 <input type="radio"/> 1回/時間以上
		吸入	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ 治療法( ) 回数 <input type="radio"/> 6回/日未満 <input type="radio"/> 6回/日以上
		酸素投与	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ <input type="radio"/> 体調不良時のみ <input type="radio"/> 夜間のみ <input type="radio"/> 終日 → ( )ℓ/分 開始時期( 年 月 )
		鼻咽頭エアウェイ	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	
		単純気管切開	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ <input type="radio"/> カフ無カニューレ <input type="radio"/> カフ有カニューレ <input type="radio"/> カニューレ無 →製品( ) サイズ( ) 手術時期( 年 月 )
		喉頭分離術	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ <input type="radio"/> カフ無カニューレ <input type="radio"/> カフ有カニューレ <input type="radio"/> カニューレ無 →製品( ) サイズ( ) 手術時期( 年 月 )
		腕頭動脈離断	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→手術時期( 年 月 )
		人工呼吸器	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ <input type="radio"/> 侵襲的(気管切開有) <input type="radio"/> 非侵襲的(気管切開無) →呼吸器種類( ) →使用時間 <input type="radio"/> 夜間のみ <input type="radio"/> 終日 使用開始時期( 年 月 ) →呼吸器条件 <input type="radio"/> 従圧式 <input type="radio"/> 従量式 →吸気圧( ) →一回換気量( )ml →PEEP( ) →PEEP( ) →回数( )回 →回数( )回
排痰補助器		<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ <input type="checkbox"/> カフアシスト <input type="checkbox"/> IPV	
栄養		胃食道逆流症の既往	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ <input type="checkbox"/> 内科的治療 <input type="checkbox"/> 噴門形成術 →手術時期( 年 月 )
	経口	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ 食形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 荒キザミ <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ムース・ミキサー	
	経管	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ <input type="radio"/> 経鼻 <input type="radio"/> 胃ろう <input type="radio"/> 経腸 →tube種類( ) サイズ( )Fr シャフト長( ) 開始時期( 年 月 ) 胃ろう造設時期( 年 月 ) 栄養剤種類( ) 注入量( )ml × ( )回 ( ) 注入量( )ml × ( )回 ( ) 注入量( )ml × ( )回	
	てんかん	てんかん発作 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → <input type="radio"/> 日1回以上 <input type="radio"/> 週1回以上 <input type="radio"/> 月1回以上 <input type="radio"/> 年1回以上 屯用薬剤の使用 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 薬剤( ) 使用頻度( ) てんかん重積の既往 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 → 入院既往 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有		
その他の医療的ケア	VPシャント	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→最終入替時期( 年 月 )	
	導尿	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ <input type="radio"/> バルン留置 <input type="radio"/> 間歇導尿 → 導尿回数 <input type="radio"/> 3回以上/日 <input type="radio"/> 3回未満/日 開始時期( 年 月 )	
	人工肛門	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→設置時期( 年 月 )	
	中心静脈栄養	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ポート埋込 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 開始時期( 年 月 ) 最終入替時期( 年 月 )	
	その他	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→( )	
現時点での希望されない医療的処置	<input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> 気管内挿管 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 呼吸器装着 <input type="checkbox"/> 経管栄養 確認日( )			
その他の特記すべき事項				

上記内容を確認しました。 平成 年 月 日

病院の名称  
所在地

診療担当科名  
医師氏名

印

情報登録書( 記入用①)

氏名( ) 生年月日( ) 性別( )

その他( )

な 者        その他( )

身体 い者手  無  有 →( ) 療 手  無  有 → ( )

コミュニケーション( のい れかを )

: 単な でき  : 単な か を す  : 無  
 : 有  : 呼 か す  
 : e / の でき  : ・不 の 現をす

覚   ない( い) →    →

覚   ない( い) →    →  補 器

無  有 → ( )

→ 処置の内容 ( )

食事 法   分 助  助

食事  イス     その他( )

分形態  体  -  ろみ

排尿回数( )回 日 排 回数( )回 ( )日   不 腸   不

排 法  トイレ 導  ム 換  導尿  尿器  その他( )

夜間の

体 換  無  有 →( )時間

不眠時の 処法 ( )

な   い   かま  手引き  イス  
 動  い  き   での

使用し  いす  器   型装  ル ト  
 てい  装置  SRC  長 装  イン ール  その他  
 装    装  頭 ( )

種 疾患名	患	種 種	種1回 種日	種 種	種2回 種日
	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>	
	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>	
	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>	
流 性 炎	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>		<input type="radio"/> 未 <input type="radio"/>	

情報登録書( 記入用②)

氏名( ) 生年月日( ) 性別( )

名をすべて 記入 さい

( ) ○ 在 ○

( ) ○ 在 ○

中 ( ) ○ 在 ○

高 ( ) ○ 在 ○

サー スの

い 分 ○ 無 ○ 有 → ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ ○ ○ 6 有 期間( )

用中のサー ス内容 事 所

サー ス名 事 所名 番号

サー ス名	事 所名	番号

サー ス 用 ( い 用 作成)

○ 無 ○ 有 → 事 所名( )

かか 医

医療機関名 担当科 担当医 番号

医療機関名	担当科	担当医	番号

事 所

事 所名 番号

事 所名	番号

# 「情報登録書」の登録に関わる個人情報利用に関する説明および同意書

(本人・家族保管用)

「情報登録書」登録ご希望の皆様

神戸市保健福祉局障害福祉部障害者支援課

重度障害児者医療福祉コーディネート事業所

社会福祉法人芳友 にこにこハウス医療福祉センター

「情報登録書」の登録に関わる個人情報利用に関する説明および同意書

神戸市では、「重度障害児者の医療コーディネート事業」を実施するにあたり、「情報登録書」を個別に作成し、緊急入院受け入れのコーディネートを進めて行く予定です。この「情報登録書」はかかりつけ医ではない病院や診療科の受診を要する際にも有用であると考えます。さらに介護、福祉、教育機関との連携や災害時の利用も目指すものです。登録された皆様の個人情報を厳重に取り扱った上で、以下のように利用させていただきます。

- 重度障害児者医療福祉コーディネート事業所として、社会福祉法人芳友にこにこハウス医療福祉センターが「情報登録書」の登録・更新を行い、その情報を管理します。
- 医療機関や福祉サービス事業所を利用される際に、ご本人または家族より「情報登録書」をご提出ください。
- ご本人または、ご家族の同意があれば、本事業所から医療機関や福祉サービス事業所に「情報登録書」の情報を提供します。
- 登録された情報は、匿名性を保持した上で、神戸市において今後の医療福祉サービス向上のために一部を活用します。

私及び家族の個人情報利用について、説明を受け、利用することに同意いたします。

年 月 日

説明者 \_\_\_\_\_

氏名(本人) \_\_\_\_\_

(家族・代理人の同意)

氏名(同意者) \_\_\_\_\_ (自署)

# 「情報登録書」の登録に関わる個人情報利用に関する説明および同意書

(事業所控え保管用)

「情報登録書」登録ご希望の皆様

神戸市保健福祉局障害福祉部障害者支援課

重度障害児者医療福祉コーディネート事業所

社会福祉法人芳友 にこにこハウス医療福祉センター

「情報登録書」の登録に関わる個人情報利用に関する説明および同意書

神戸市では、「重度障害児者の医療コーディネート事業」を実施するにあたり、「情報登録書」を個別に作成し、緊急入院受け入れのコーディネートを進めて行く予定です。この「情報登録書」はかかりつけ医ではない病院や診療科の受診を要する際にも有用であると考えます。さらに介護、福祉、教育機関との連携や災害時の利用も目指すものです。登録された皆様の個人情報を厳重に取り扱った上で、以下のように利用させていただきます。

- 重度障害児者医療福祉コーディネート事業所として、社会福祉法人芳友にこにこハウス医療福祉センターが「情報登録書」の登録・更新を行い、その情報を管理します。
- 医療機関や福祉サービス事業所を利用される際に、ご本人または家族より「情報登録書」をご提出ください。
- ご本人または、ご家族の同意があれば、本事業所から医療機関や福祉サービス事業所に「情報登録書」の情報を提供します。
- 登録された情報は、匿名性を保持した上で、神戸市において今後の医療福祉サービス向上のために一部を活用します。

私及び家族の個人情報利用について、説明を受け、利用することに同意いたします。

年 月 日

説明者 \_\_\_\_\_

氏名(本人) \_\_\_\_\_

(家族・代理人の同意)

氏名(同意者) \_\_\_\_\_ (自署)

神戸市在宅重症児者医療福祉コーディネート事業「情報登録者」登録までの手順

