

登録書記入例 (医療機関確認用①②)

様式第2号
神戸市長あて

情報の登録を申し込みます。

情報登録書(医療機関確認用①)

氏名(神戸太郎) 生年月日(1992年10月10日) 性別(男)

登録番号	受付日	登録日	更新日
登録者連絡先 090-2525-00xx 078-2525-xx00 (自宅)			
登録者住所 神戸市しおわせ区おけぼの町1番1号			

病名	染色体異常症 脳性麻痺 知的障害 てんかん	側弯症 呼吸不全(気管切開後) 嚥下障害(胃ろう造設後)	右股関節脱臼
----	--------------------------------	------------------------------------	--------

内服薬			
デパケンシロップ		ムコザイン	
テグレートール		六君子湯	
エルカルチンシロップ			
ガスター			
外常用薬			
ベネトリン吸入	タリビット眼軟膏	フルメトロン点眼	シアレイン点眼

欄が足りなければ、
枠外に記載する。

アレルギーの有無
 無 有 →

食物①	ピーナッツ	薬物①	うしつタール
食物②		薬物②	
食物③		薬物③	
食物④		薬物④	
食物⑤		薬物⑤	

現在摂取できない
食品を記載する。

感染性疾患 → **こども病院小児外科確認**
 B型肝炎ウイルス C型肝炎ウイルス HIV MRSA その他 ()

日常のバイタルサイン
 身長(140)cm 体重(40)kg 体温(35.5)°C SPO2(92~6)% 呼吸数(15~20)回/分
 心拍数:睡眠時(50~60)/分 覚醒時(90~100)/分 血圧:最高(100~)mmHg 最低(60~70)mmHg

手術歴 **こども病院小児外科確認** 110

年月	手術名	入院期間	医療機関名
2015年 3月	気管切開造設	2週間	兵庫県立こども病院
2015年 3月	V-Pシャント	1ヶ月	"
2016年 12月	逆流防止術+胃ろう造設	2週間	"
2017年 2月	喉頭分離術	3週間	"
2017年 2月	腕頭動脈離断術	3週間	"

不明な箇所
は赤字で示
し、医療機
関に記載を
依頼する。

入院歴

年月	病名	入院期間	医療機関名
2016年 12月	イレウス	1週間	兵庫県立こども病院
2016年 10月	誤嚥性肺炎	2週間	"
2015年 8月	気管支喘息	1週間	"
6才頃	てんかん重積	1週間	"
5才頃	てんかん重積	1ヶ月	"

輸血歴 **なし** 年 月 年 月 年 月

→ **こども病院小児外科確認**

情報登録書(医療機関確認用②)

氏名(神戸太郎) 生年月日(1992年10月10日) 性別(男)

呼 吸 器	喘息の既往	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→最近の入院(2015年8月) 治療法(点滴吸入ステロイド)
	肺炎の既往	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→最近の入院(2016年10月) 治療法 → <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 気管挿管
	吸引	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→ <input checked="" type="checkbox"/> 口腔 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔 <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 1回/時間以上
	吸入	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→ 治療法(ベネトリン) 回数 <input checked="" type="radio"/> 6回/日未満 <input type="radio"/> 6回/日以上
	酸素投与	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→ <input checked="" type="radio"/> 体調不良時のみ <input type="radio"/> 夜間のみ <input type="radio"/> 終日 → (0.5)l/分 開始時期(年 月)
	鼻咽頭エアウェイ	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	生後3ヶ月頃
	単純気管切開	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 有	→ <input checked="" 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(コーケン) サイズ(106.0) 手術時期(2016年11月)
	腕頭動脈離断	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→手術時期(2017年2月)
	人工呼吸器	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→ <input checked="" 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(トコロシ-) →使用時間 <input checked="" type="radio"/> 夜間のみ <input type="radio"/> 終日 使用開始時期(2016年11月) →呼吸器条件 <input checked="" type="radio"/> 従圧式 <input type="radio"/> 従量式 →吸気圧(23) →一回換気量()ml →PEEP(4) →PEEP() →回数(12)回 →回数()回
排痰補助器	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→ <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 有	→ <input type="checkbox"/> 内科的治療 <input checked="" type="checkbox"/> 噴門形成術 →手術時期(年 月)
	経口	<input type="radio"/> 無 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ムース・ミキサー
	経管	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→ <input type="radio"/> 経鼻 <input checked="" type="radio"/> 胃ろう <input type="radio"/> 経腸 →tube種類(ミッキー) サイズ(16)Fr シャフト長(30mm) 開始時期(年 月) 胃ろう造設時期(2015年3月) 栄養剤種類(ミキサー食) 注入量(250)ml × (1)回 (うごーん) 注入量(200)ml × (2)回 () 注入量()ml × ()回
て ん か ん	てんかん発作	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→ <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 有	→ 薬剤(ダイアブ) 使用頻度(月1~2回)
	てんかん重積の既往	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→ 入院既往 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有
そ の 他 の 医 療 的 ケ ア	VPシャント	<input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	→最終入替時期(年 月) 小学校3年生頃
	導尿	<input type="radio"/> 無 <input checked="" 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(2016年3月)
	人工肛門	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ 設置時期(年 月) 排便12時間認めない時
	中心静脈栄養	<input checked="" 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 checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有	→ ()	
現時点での希望されない医療的処置		<input checked="" 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(2017年11月 兵庫県立こども病院 前田)	
その他の特記すべき事項			

上記内容を確認しました。平成29年11月30日

病院の名称 兵庫県立こども病院

所在地 神戸市中央区港島南町

1-6-7

診療担当科名 小児外科
医師氏名 前田 健康

診療担当科名 脳外科
医師氏名 永島 良

印

印

この欄にチェックを入れる場合は、医師に確認日とサインとを記載してもらってください。