

情報登録書(医療機関確認用①)

氏名() 生年月日() 性別()

登録番号	<input type="text"/>	受付日	<input type="text"/>	登録日	<input type="text"/>	更新日	<input type="text"/>
登録者連絡先	<input type="text"/>						
登録者住所	<input type="text"/>						

病名	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

内服薬			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

外常用薬			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

アレルギーの有無
○無 ○有 →

食物①	<input type="text"/>	薬物①	<input type="text"/>
食物②	<input type="text"/>	薬物②	<input type="text"/>
食物③	<input type="text"/>	薬物③	<input type="text"/>
食物④	<input type="text"/>	薬物④	<input type="text"/>
食物⑤	<input type="text"/>	薬物⑤	<input 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()

日常のバイタルサイン
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

手術歴

年月	病名	入院期間	医療機関名
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

入院歴

年月	病名	入院期間	医療機関名
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			
年 月			

輸血歴 年月 年月 年月

情報登録書(医療機関確認用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
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
	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

診療担当科名
医師氏名

印