

医療的ケア

病院名	疾患名	医師名	年齢	通院状況
例)〇〇小児科		〇〇先生	〇歳～	〇年・〇月・〇週に〇回
兵庫県立〇〇病院循環器内科	心臓疾患	〇〇先生	0歳～	1回/半年
〇〇医院	風邪・胃腸炎等	〇〇先生	1歳～	随時
〇〇歯科クリニック	う歯	〇〇先生	2歳～	随時
〇〇皮膚科	乾燥・湿疹	〇〇先生	1歳～	随時
服薬中の薬	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 (内容) ① 〇〇〇〇 mg 朝・昼・夕 ② 〇〇〇〇 mg (頓服)			
医療的ケアの状況 ※複数回答可	状況	該当	備考	
	レスピレーター(人工呼吸器)管理			
	気管内挿管、気管切開			
	鼻咽頭エアウェイ			
	酸素吸入	○		
	6回/日以上での頻回の吸引			
	ネブライザー 6回/日以上または継続使用			
	IVH(中心静脈栄養)			
	経管(鼻・胃ろう含む)			
	腸ろう・管栄養			
	接続注入ポンプ使用(腸ろう・管栄養時)			
	継続する透析(腹膜灌流を含む)			
	定期導尿(3/日以上)			
	人工肛門			
てんかん				
訪問 ①看護 ②理学療法 ③作業療法 ④言語療法	(事業所名) 〇〇看護ステーション	(内容) 校内での体調確認、酸素吸入等の確認		
重度障害者登録カード	登録年月日:令和 〇年 〇月 〇日 (1歳)			
小児慢性特定疾患	(疾患名)	(小児慢性特定疾患) 申請者証 : 有 済 請 : 未 無		
特記すべき事項 (心身の状態・支援の方法)	①階段昇降で呼吸が苦しくなる時があるので、観察をお願いします。 ②学校では、頑張ってしまう、しんどいこと自分からを訴えないので、呼吸や唇の色が悪い時は休むよう声をかけをお願いします。			