国立成育医療研究センター病院　もみじの家入所用　診療情報提供書

【氏名】

【性別】

【生年月日、年齢】

【診断名】

・基本的な診断

・現在、問題になっている診断

【周産期歴・発達歴】

【既往歴（手術歴、過去1年間の入院歴を含む）】

【アレルギー歴】

【感染症既往歴/予防接種歴】

麻疹：既往　有・無、予防接種歴　有・無

水痘：既往　有・無、予防接種歴　有・無

風疹：既往　有・無、予防接種歴　有・無

ムンプス：既往　有・無、予防接種歴　有・無

【培養結果（別紙添付でも構いません）】

・過去１年以内に行われた全ての培養結果

・耐性菌が過去に検出されている場合はその結果を全て

・過去に培養検査が一度も行われていない場合、出来ましたら、便培養と、気管切開がある場合は気管吸引物培養を行い、その結果の記載をお願いします。外注ではLSIメディエンスと保健科学研究所が耐性菌検査を行っています（「培養検査」「薬剤感受性検査」を依頼し検査目的に「薬剤耐性菌検査」と記載）。

【蘇生制限についての議論の有無、有れば現在の条件】

【現在の状態（項目に無い物は適宜付け足して、ご記載をお願いします）】

1. デバイス

・気管切開カニューレ/吸引チューブ（サイズ、挿入長）

・エアウエイの有無、有れば挿入部位（口、鼻）と種類、挿入長

・胃管（製品名、サイズ、挿入長）

・十二指腸チューブ/ＧＪチューブ/胃瘻（製品名、サイズ、挿入長、バルーン水量）

・導尿（製品名、サイズ、挿入長、回数）

1. 呼吸

・気管切開/喉頭気管分離の有無

・人工呼吸器の有無、有れば機種名、装着時間、呼吸器設定、加温加湿器設定

・酸素使用の有無、有れば使用時間と流量

1. 循環

・心奇形の有無

・心機能低下が有ればその程度と行動制限の有無

・不整脈の有無

1. 神経

・現在のADL、発達（移動方法、有意語・意思疎通の有無など）

・けいれんが有る場合はその種類と頻度、対応方法

・自傷・他害など、行動面の問題の有無

・睡眠障害の有無

1. 栄養

・経口摂取の有無と食形態

・注入栄養の場合は注入内容と注入時刻・時間

1. 消化器

・GERDの有無

・排便管理

1. その他（内分泌、腎臓など）

【現在の処方：以下の項目ごとに、ご記載をお願いします】

1. 神経（抗けいれん薬、抗痙縮薬など）：
2. アレルギー/呼吸症状：
3. 循環器：
4. 消化器：
5. 内分泌：
6. その他：

【ご記載された先生の所属先とお名前】