

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）
- ・エアウェイの有無、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/G J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）

② 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

③ 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

④ 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

⑤ 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

⑥ 消化器

- ・GERDの有無
- ・排便管理

⑦ 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】