

年 月 日

小児慢性特定疾病児童等医療状況等情報提供書

(申請者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(※必ず連絡のとれる連絡先)

ふりがな 対象者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所	姫路市		
疾 病 名			
受診医療機関／医師名 (受給者証に記載のある医療機関)			
①	②		
③	④		
⑤	⑥		
本人の状況	<p>①運動機能：歩ける・伝い歩き・四つ這い・ずり這い・寝返り・動けない</p> <p>②コミュニケーション：2語文以上話せる・単語のみ・喃語程度・発声なし・不明瞭</p> <p>③食事の状況：経口のみ（普通・刻み・一口大・ペースト／自力摂取・一部介助・全介助）          経管のみ・併用（経鼻・胃ろう・腸ろう）／中心静脈栄養          食物アレルギー 無・有（ ）／偏食 無・有（ ）</p> <p>④排泄：パンツ・オムツ・導尿・その他（ ）／尿意（有・無）・便意（有・無）          トイレ排泄（ 無 ・ 有 → 介助の必要（ 要・不要 ））</p> <p>⑤移乗動作：車いす・バギー・歩行器・装具のみ</p> <p>⑥その他（気をつけてほしいことなど）</p>		

気管切開	1 している 2 していない	人工呼吸器等	1 有 2 無
人工呼吸器等 装着年月日	年 月 日	自発呼吸	1 有 ( 時間) 2 無
人工呼吸器等 の機種 (種類)	1 気管切開を介した人工呼吸器 2 鼻マスクまたは顔マスクを介した人工呼吸器 3 体外式補助人工心臓		
	(種類) (業者名) (メーカー名称) (連絡先) (設定条件) ○1回換気量 ○吸引チューブ ○吸気回数 (呼吸回数) ・気管 ( ) Fr ( )cm まで ○吸気時間 ・口腔・鼻腔 ( ) Fr ( )cm まで ○感度 ※管理方法 ○無呼吸時間 ○カフアシスト使用 (有・無)		
酸素療法	1 有 2 無 (業者名) (連絡先)	胃 ろ う	1 有 2 無
その他必要な 医療機器	例えば: 吸入器・インシュリン注射など		
経管栄養の 持ち込み	1 有 (内容 : 1日 ( ) kcal ( ) ml) 2 無		
服薬の持ち 込み (処方)	1 有 ( 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ 眠前 ) ※お薬手帳持参 2 無		
緊急時の対応	緊急時の連絡先: 氏名 ( ) 続柄 ( ) 電話番号 ( ) 希望の入院先等: 訪問看護の利用: 有 ( ) ステーション) ・ 無		

※情報提供の内容はわかる範囲で最新の状況を記載ください

※その他必要に応じて関係書類を添付してもよい (お薬手帳・「あしあと」サポートブックなど)。