

# 小児在宅移行支援連携シート

施設名：

記載者：

入院日：令和 年 月 日

記載日：令和 年 月 日

ふりがな		家族構成関連図 同居人数 ( 人)
氏名		
生年月日	<input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所		
住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 ( )階建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( )階 <input type="checkbox"/> エレベーター： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
連絡先 (緊急連絡先)	① ②	キーパーソン (本人との関係) 氏名： 続柄 ( )
訪問看護	ステーション名：	
相談支援	事業所名：	

本人や家族の在宅移行の思いや病気の受け止め

社会 保障	<input type="checkbox"/> 未熟児養育医療 ( <input type="checkbox"/> 所持 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請未)	<input type="checkbox"/> 育成医療 ( <input type="checkbox"/> 所持 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請未)
	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾患 ( <input type="checkbox"/> 所持 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請未)	<input type="checkbox"/> 療育医療 ( <input type="checkbox"/> 所持 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請未)
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( <input type="checkbox"/> 所持 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請未)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 ( <input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請未)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ( <input type="checkbox"/> 受給 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請未)	<input type="checkbox"/>
機器 所持	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 医療機器業者名： 電話：	
	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 医療機器業者名： 電話：	
	<input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> バックバルブマスク <input type="checkbox"/> SPO2モニター <input type="checkbox"/> その他：	
	<input type="checkbox"/> 医療機器業者名： 電話：	
	<input type="checkbox"/> 医療機器業者名： 電話：	
災害 対応	<input type="checkbox"/> 災害緊急対策作成の必要性 ( <input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 説明未)	
	<input type="checkbox"/> 県バイタルリンク登録 ( <input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 承諾 <input type="checkbox"/> 登録拒否)	
	<input type="checkbox"/> 災害時要支援者登録 ( <input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 承諾 <input type="checkbox"/> 登録拒否)	
	<input type="checkbox"/> 電力会社への連絡 ( <input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 説明未)	<input type="checkbox"/> 消防署への連絡 ( <input type="checkbox"/> 説明済 <input type="checkbox"/> 説明未)

今後の課題

	医療機関 (訪問薬局等含)	診療科	主治医
定期 受診			

### 現在の医療的処置について

<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 腸瘻 )		<input type="checkbox"/> ポンプ使用	ml/h	<input type="checkbox"/> その他
・種類・サイズ:		挿入:	cm	
<input type="checkbox"/> 注意事項 (姿勢、角度、速度等)				
<input type="checkbox"/> 内服薬溶解方法と注意点等:				
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢留置		部位:	太さ:	G
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 機器名:		使用 ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 体調不良時 )		
設定条件:				
<input type="checkbox"/> 陽圧呼吸療法 機器名:		使用 ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 体調不良時 )		
設定条件:				
<input type="checkbox"/> 酸素療法:		ℓ ~ ℓ	<input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> カヌラ	<input type="checkbox"/> その他:
<input type="checkbox"/> SPO2モニター使用 ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 体調不良時 )				
<input type="checkbox"/> 吸入 ・薬剤:		・回数:		回/日
<input type="checkbox"/> 気管切開 : <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離		<input type="checkbox"/> その他		
・気管カニューレ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		・種類・サイズ:		・交換: 回/月
・カニューレ固定:		cm	・カフ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ml又は mmHg
・カニューレガーゼ:		枚	・ガーゼ交換: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他	
・カニューレベルト:		cm	・ベルト交換: <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> その他	
<b>※在宅で、事故抜去時等の予備のカニューレ:種類・サイズ:</b>				
<input type="checkbox"/> 気管からの吸引:		・吸引チューブ Fr	・挿入 cm	・吸引圧 mmHg
<input type="checkbox"/> 人工鼻からの吸引:		・挿入 cm	・スピーチバルブ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 口鼻腔からの吸引:		・吸引チューブ Fr	・口腔からの吸引: 挿入 cm	・鼻腔からの吸引: 挿入 cm
<input type="checkbox"/> エアウェイ:		・サイズ Fr	・挿入 cm	・使用 ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 睡眠時 )
<input type="checkbox"/> 膀胱留置: サイズ:		Fr	固定水: ml	交換頻度: 回/
<input type="checkbox"/> 導尿 (自己導尿含): サイズ		Fr	導尿間隔:	
<input type="checkbox"/> 浣腸 (医療機関から処方されたもの):				
<input type="checkbox"/> 人工肛門: 装具の種類:		業者:	交換頻度:	
<input type="checkbox"/> てんかん発作時の座薬挿入: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		薬剤名:		
<input type="checkbox"/> 透析: 種類・回数:				
<input type="checkbox"/> インスリン注射:				
<input type="checkbox"/> 皮膚・その他処置 (褥瘡処置等含)				

### 医療的ケア指導内容と手技獲得、在宅で予想される緊急事態時の手技獲得

指導項目	内容・手技獲得状況
	<input type="checkbox"/> 父
	<input type="checkbox"/> 母
	<input type="checkbox"/> その他( )

	<input type="checkbox"/> 父
	<input type="checkbox"/> 母
	<input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 父
	<input type="checkbox"/> 母
	<input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 父
	<input type="checkbox"/> 母
	<input type="checkbox"/> その他( )
(記入例)	<input checked="" type="checkbox"/> 父 (記入例) 実施回数が少なく、見守り必要。
吸引	<input checked="" type="checkbox"/> 母 (記入例) 手技問題なくひとりで実施できる。
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(記入例) (母方祖母) 手技問題なくひとりで実施できる。
今後の課題(継続する指導等)	

### 生活について

食事	食事形態： 食事所要時間： 分
	水分の取り方： <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> 特殊コップ( )
	・とろみ剤使用時の粘度：
	好きな食べ物： アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
	嫌いな食べ物： 禁忌食品：
	介助具： <input type="checkbox"/> シリコンスプーン( <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 大) <input type="checkbox"/> 普通のスプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 箸
注意事項	
口腔	動揺歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 動揺部位：
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル等
	排泄介助の方法： <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 部分介助( )
	排便： 回 / 日 便秘時使用薬剤： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 浣腸)
清潔	更衣介助方法：
	入浴介助方法：
睡眠	睡眠時間： 時間 ( 時 分～ 時 分頃) 薬剤使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
言葉の理解	<input type="checkbox"/> 会話を理解 <input type="checkbox"/> 簡単な言葉を理解 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他：
会話の理解	<input type="checkbox"/> 会話ができる <input type="checkbox"/> 言葉を発するが不明瞭 <input type="checkbox"/> 言葉がでない <input type="checkbox"/> その他：
嗜好	好きなおもちゃ・音楽等：
ADL 移動	<input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 座位保持装置 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他：
	<input type="checkbox"/> 自分で動かない <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 腹ばい <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 歩行
	四肢拘縮・麻痺・欠損等：
装具	<input type="checkbox"/> 短下肢装具 <input type="checkbox"/> プレーリー <input type="checkbox"/> スワッシュ <input type="checkbox"/> その他：
	使用( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 臥床時外す <input type="checkbox"/> 夜間外す) <input type="checkbox"/> その他：
生活の注意点、支援上の課題	

さんの1日の生活について

	1日の流れ（食事や水分補給、入浴、排泄、姿勢など）	家族のスケジュール
0:00		
1:00		
2:00		
3:00		
4:00		
5:00		
6:00		
7:00		
8:00		
9:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		