



生下時状況 ※分かる範囲の記入で構いません。 分娩方法 <input type="checkbox"/> 経膈分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 妊娠異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) 分娩異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡 <input type="checkbox"/> 胎盤異常 <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> その他( ) 在胎週数 ( )週( )日 出生時体重 ( )g	成長・発達 <input type="checkbox"/> 幼少につき未記入 運動機能 <input type="checkbox"/> 頸座 <input type="checkbox"/> 独座 <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 自立歩行 …… <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 要補助具( ) <input type="checkbox"/> 麻痺( ) <input type="checkbox"/> 嚥下障害( ) 視力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 近視 <input type="checkbox"/> 遠視 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 矯正器具使用( <input type="checkbox"/> めがね <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> その他( ) 聴力 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> その他( ) 言語・理解 <input type="checkbox"/> 年齢相応 <input type="checkbox"/> 遅滞あり
--	---

栄養 ※現在の状況をご記入ください

母乳 普通ミルク 特殊ミルク(品名 ) 混合  
 1回に( )mlを 1日( )回

離乳食 準備期 前期 中期 後期 完了期  
普通食 きざみ食 ペースト食 トロミ食  
アレルギー食(除去食品: )  
制限食(制限されている食品: )  
経管栄養食(経鼻胃管 経鼻腸管 胃瘻 腸瘻)  
栄養注入ポンプ使用・・(サイズ Fr、カテーテル名等: 最終交換日

排泄

排尿 自立 オムツ 自己導尿( )回/日 膀胱・腎瘻カテーテル留置中  
 夜尿 なし あり(頻回 時々 その他( )  
 排便 自立 オムツ 摘便( 回/日) 浣腸( 回/日) 洗腸( 回/日)  
 ……人工肛門 (パウチ種類 最終交換日 )

病気についての理解 \* 病気・入院・手術について、医師よりどのような説明を受けましたか

\* 病気・入院・手術について、ご家族より本人にどのような説明をしましたか? 説明していない

\* 病気・入院・手術について、本人はどのように受け止めていますか? 確認出来ていない

何か心配なことはありませんか? ある ない \* ありましたら内容をご記入下さい。

アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 食物( <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ゼラチン <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> 甲殻類 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 薬剤( <input type="checkbox"/> ペニシリン <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> 造影剤 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> ゴム製品・ラテックス類 <input type="checkbox"/> テープ類 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 喘息 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明) 最終発作( 年 月 日) …… <input type="checkbox"/> 内服( ) …… <input type="checkbox"/> 吸入( ) <input type="checkbox"/> アナフィラキシーの既往 ( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明)
---	--

情報提供者 母 父 祖母 祖父 その他( ) 看護師( )

\*アレルギー情報は患者プロフィールに入力