

＜巻末1＞ 入院医療機関から在宅支援者への情報共有シート

記 録 者		記 録 日	年 月 日	
(フリガナ) 氏 名	()	男・女	年 月 日生(第 子)	
住所連絡先	〒			
	母親電話 () -	父親電話 () -		
家族の状況	父 氏名:	年 齢	歳 職 業	
	母 氏名:	年 齢	歳 職 業	
	兄 弟 姉 妹	名: (歳)	兄 弟 姉 妹	名: (歳)
	兄 弟 姉 妹	名: (歳)	兄 弟 姉 妹	名: (歳)
	身近な援助者	氏名:	子との関係	住 ま い
	身近な援助者	氏名:	子との関係	住 ま い
	特 記 事 項			
現時点の 身体状況	診 断 名			
	医 療 処 置			
	継続している合併症			
	気 管 切 開	有・無	カニユーレ 種類: サイズ: Fr	
	酸 素 使 用	有・無	在宅酸素濃縮装置 種類: 流量: L	
	人工呼吸器装着	有・無	人工呼吸器 種類:	
	栄 養 摂 取 方 法	経口 ・ 注 入 ・ 混 合		
	医 療 的 ケ ア	経管栄養 (経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)		
		吸入 (頻度:) / 日生具申請 (未・済:機種)		
		吸引 (頻度:) / 日生具申請 (未・済:機種)		
その他:				
入院中の主治医			担 当 看 護 師	
手続進捗 状 況	身体障害者手帳	有 (種 級:種別) ・ 申請中 ・ 未 ・ 該当無		
	医療費助成	乳幼児医療 ・ 重度心身障がい者医療費助成 小児慢性特定疾病: 済 ・ 申請中 ・ 未 ・ 該当無 特定医療費 (指定難病): 済 ・ 申請中 ・ 未 ・ 該当無		
	重症心身障がい児認定	済 ・ 申請中 ・ 未 ・ 該当無 ・ 不要		
	手 当	特別児童扶養手当: 済 ・ 申請中 ・ 未 ・ 該当無 障害児福祉手当 : 済 ・ 申請中 ・ 未 ・ 該当無		
	相 談 室	名称:	相談員:	
	保健センター	連絡:未・済	担当保健師:	