

入院前生活調査票

記入日 年 月 日

職員入力
情報

お子様のお名前ご自宅での様子をお知らせください。
日帰り入院の方は、1~4ページまでご記入ください。
一泊以上の入院のかたは、1~8ページまでご記入ください。
医療的ケアのある方は、1~10ページまでご記入ください。

お子様のお名前 様 通称 ちゃん

1. 緊急連絡先

優先順位の高い順にご記入ください。
勤務先の場合は、備考に会社名（所属等）をご記入ください。

プロフィール
基本情報

優先	連絡者名	続柄	電話番号①	電話番号②	備考欄
①					
②					
③					
④					
⑤					

2. 家族構成

差し支えなければ、祖父母様についてもご記入ください。

プロフィール
家族構成

氏名	続柄	年齢	住居	職業（就業時間）・学校（学年）
	父		同・別	
	母		同・別	
			同・別	

3. お子様の育児を主にされている方に○をつけてください

母	父	父方祖父	父方祖母	母方祖父	母方祖母
里親	その他（				）

アセスメント
シート6)

4. 育児協力者はどなたですか？

母 里親	・	父	・	父方祖父	・	父方祖母	・	母方祖父	・	母方祖母	・	その他 ()
---------	---	---	---	------	---	------	---	------	---	------	---	---------

アセスメント
シート6)

5. 面会について教えてください。

面会の頻度	
面会予定者	父 ・ 母 ・ 祖父母 ・ その他
時間帯	

アセスメント
シート6)

6. アレルギーについてお伺いします

「あり」の方は下記項目 () に○を記入し具体的なアレルゲンをご記入ください。

()	薬	
()	造影剤	
()	食物	
()	動物	
()	植物	花粉 ・ その他 ()
()	その他	金属 ・ ゴム ・ アルコール消毒 ・ その他 ()

アイコン
アレルギー
・インプラント
・注意情報

7. お薬について伺います

(1) 現在、飲んでいる薬はありますか。

いいえ	はい	:	当院 (院内処方 ・ 院外処方)	・	他院
-----	----	---	--------------------	---	----

今回の入院に際して中止する薬がありますか

いいえ	はい	:	
わからない			

(2) 内服薬以外の薬はありますか

いいえ	はい	:	坐薬 ・ 点眼薬 ・ 点耳薬 ・ 軟膏 ・ 自己注射薬
			点鼻薬 ・ 吸入薬 ・ その他 ()

アセスメント
シート>
現在の健康逸脱
の状況
・治療状況

8. 現在の食事について

<経管栄養法の方は9ページもご記入ください>

(1) 医師より水分制限を指示されていますか

いいえ	はい	:	ml/日
-----	----	---	------

(2) 水分をとるとき、トロミをつけていますか

はい	:	
----	---	--

アセスメント
シート>
2) 適切な水分
摂取の維持

(3) 母乳・ミルク・経腸栄養剤についてお伺いします。

母乳を与えていますか	いいえ	はい	:	回/日
ミルク・経腸栄養剤の種類				
ミルク・経腸栄養剤の濃度	() %	・	() kcal	
	原液 () ml	+	白湯 () ml	
ミルク・経腸栄養剤の量・回数	一回量 () ml	()	回/日	

アセスメント
シート>
3) 適切な栄養
摂取の維持

(4) 経管栄養法をされている方にお伺いします。

注入開始時間に○をつけてください。

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23)				
注入に機械を使用していますか	いいえ	:	注入にかかる時間	分/回
	はい	:	速度設定	

(5) 食事についてお伺いします。(胃瘻よりミキサー食を注入されている方も該当します。)

食事時間に○をつけてください。(離乳食時間など)

(4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23)	
食事形態	: 大人と同じ・きざみ・ミキサー・ペースト・離乳食(月齢相当)
	その他 ()

(6) 治療のために制限している食品がありますか

いいえ	はい:	納豆・グレープフルーツ・その他 ()
-----	-----	---------------------

(7) 食べる訓練をしていますか(摂食リハビリ等)

いいえ	はい	: 注意点
-----	----	-------

9. 栄養状態について

(1) 栄養指導を受けていますか

いいえ	はい	: どのような
-----	----	---------

(2) 体重の変化はありましたか

著しく増えた	・	増えた	・	著しく減った	・	減った	・	体重が増えない	・	変化なし
どれくらい		か月で		グラム・キログラム						

プロフィール>
問診>
体重の変化

10. 生活で必要なものに○をつけてください

眼鏡	・	コンタクトレンズ	・	義眼 (右 ・ 左)	・	補聴器 (右 ・ 左)
義手 (右 ・ 左)	・	義足 (右 ・ 左)				
装具 (場所:)	・	その他 ()		

アイコン
プロフィール>
アレルギー
・インプラント
・注意情報
>インプラント
※インプラント
に

11. 体に埋込まれた器具・金属がある方は下記に○をつけてください

歯科矯正 カー	・	義歯	・	インプラント	・	人工内耳	・	ペースメー
埋込型除細動器	・	迷走神経刺激装置	・	バクロフェンポンプ	・	脳室シャント		
手術創固定（胸骨ワイヤなど）	・	骨関節治療（装具、ボルト、人工関節、プレート）						
その他（								）

アイコン
プロファイル>
アレルギー
・インプラント
・注意情報
>インプラント
※インプラント
に入力

12. 血圧測定時に必要な情報をお答えください。

血液透析のシャントがある（右・左）	・	乳がんの術後（	右	・	左	）				
血圧を左右どちらで測るか指定されている						（	右	・	左	）

アイコン
アレルギー
・インプラント
・注意情報>
シャント
・乳がん

日帰り入院の患者様は4ページまで記入してください

一泊以上の患者様は1～8ページまで記入してください

医療的ケアがある方は1～10ページまで記入してください

13. 住環境について

退院後、移動支援の参考とするため、あてはまるものに○をつけて下さい。

平屋	二階建て以上	エレベーターなし	エレベーターあり
----	--------	----------	----------

プロフィール>
連携・介護
> 居住形態

14. 出生体重と在胎週数をご記入ください

出生体重	g	在胎週数	週	日
------	---	------	---	---

プロフィール>
幼児期情報

15. 当院以外で受診・手術をしたことがある病気がありますか

なし	あり	: 病名
		: 何歳ごろ

プロフィール>
問診>
既往歴
手術歴

16. こども病院以外の病院に、過去半年以内で入院したことがありますか

なし	あり	:
----	----	---

17. 今回の入院についてお伺いします

(1) 今回の入院について医師からどのような説明をされましたか。

--

アセスメント
シート
> 7) 患者の現
状

(2) お子様入院・手術についてどのように説明されていますか。

説明した	:
説明していない	:

18. 排泄について <排泄に関する処置のある方は9ページもご記入ください。>

(1) 月経についてお伺いします。

初潮はありましたか	いいえ		
	はい	: 最終月経 (月 日)	: 月経周期 (日)
月経不順はありますか	いいえ	はい	
月経困難はありますか	いいえ	はい	

プロフィール>
女性症状>
月経情報

(2) 排尿・排便についてご記入ください。

夜尿	なし	あり	
導尿	なし	あり	: 回/日
便秘	なし	あり	

アセスメント
シート
> 4) 排泄過程
と排泄物に関する
ケア

(3) 排泄の方法についてお答えください。

トイレで排泄	自分でできる	少し介助	全て介助	トイレトレーニング中
オムツを使用	常時	夜間のみ		

(4) 排便を助ける処置をしていますか。

いいえ	はい	: 浣腸	洗腸	綿棒刺激	摘便	薬使用
-----	----	------	----	------	----	-----

19. 清潔について

該当するものに○をつけてください。

自分でできる ・ 少し介助 ・ 全て介助

アセスメントシート
> 4) 排泄過程と排泄物に関するケア

20. 休息について

(1) 睡眠について

起床時間 () 時頃 ~ 就寝時間 () 時頃

(2) 昼寝をしますか

いいえ | はい (毎日・時々) () 時~ () 時頃

(3) 夜間起きることはありますか

いいえ | はい :

(4) 眠剤を使っていますか

いいえ | はい :

アセスメントシート
> 5) 活動と休息のバランス

21. 活動について

(1) 運動障害はありますか

いいえ

はい : 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 ・ 脊椎損傷

アイコン
プロフィール>
障害情報>
運動障害あり

(2) どのような遊びが好きですか？ストレス解消法はありますか？

[Empty box for activity and stress relief methods]

アセスメントシート
> 5) 活動と休息のバランス
> 余暇活動

(3) 移動方法について該当するものを○で囲んでください。

歩行 (自立 ・ 支える ・ 手をつなぐ ・ 歩行器 ・ 杖 ・ 松葉杖)
ベビーカー ・ バギー
車椅子 (車椅子への移動は自力で可能 ・ 少し介助 ・ 全て介助)

アセスメントシート
> 5) 活動と休息のバランス

(4) 現在の運動発達状況についてできるものを○で囲んでください。

起き上がる事ができない ・ 首がすわる ・ 寝返りができる
ハイハイやずりばいができる ・ おすわりができる (支えが必要 ・ 不要)
つかまり立ちができる ・ ひとりで立てる ・ 歩く ・ 走る

アセスメントシート
> 8) 正常性の発達

(5) 自力で動くことができない方にお伺いします。

体位変換のポイントや、体の向きをかえる時間などの注意点をご記入ください。

[Empty box for posture change notes]

22. 褥瘡、気になる皮膚の発赤について

(1) 褥瘡・皮膚発赤があるかたは、体の部位と大きさ、骨が出ている場所を教えてください

--

(2) ケアの方法や注意点を教えてください

--

23. コミュニケーションについて

(1) 障害のある方は○をつけてください。

視力障害 (右 ・ 左 ・ 点字対応) ・ 視野障害 (右 ・ 左) 聴覚障害 (右 ・ 左 ・ 手話対応) ・ 言語障害 (呂律不全 ・ 失語)
--

(2) 言葉の支援が必要な方はいますか

	本人	父	母
母国語 :			
支援が必要な言語 :			
支援が不要な言語 :			

24. 社会生活について

(1) 通園・通学先を教えてください

--

(2) 就労されている方は職業名をお書きください

--

(3) 利用しているサービスに○をつけて下さい

訪問看護 ・ 訪問リハビリ ・ 訪問診療 ・ 訪問薬局 訪問入浴 ・ 訪問介護 ・ 生活介護 ・ ショートステイ・デイサービス 児童発達支援施設 ・ 放課後等デイサービス ・ 就労支援事業所 日中一時支援事業所 ・ その他サービス ()
--

(4) 担当の相談支援専門員がいる方は記入してください

事業所	
連絡先	
担当者名	

障害情報
> 褥瘡歴
(コメント
活用)

アイコン
プロフィール
> 障害情報

アセスメント
シート
> 7) 生命・機
能・安寧に関す
る危険の予防

基本情報>
学歴
(コメント活
用)

プロフィール>
連携・介護>訪
問看護ステー
ション・往診
医・医療保健
サービス
+
プロフィール>
連携・介護>
障害福祉
サービス
・児童福祉サー
ビス

プロフィール>
連携介護>
障害福祉
サービス

(5) 相談先はありますか？

市町村家庭児童相談所 ・ 市町保健センター ・ 児童発達支援センター 発達障害者支援センター ・ 児童相談所 ・ その他（ ）

プロフィール>
連携・介護
>相談先

(6) 手帳・医療費助成・手当・年金など、利用・認定されているものに○をつけてください。

療育手帳	A ・ B
精神障害者保健福祉手帳	等級 1 ・ 2 ・ 3
身体障害者手帳	等級 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7
	種類 視覚 ・ 聴覚または平行機能 ・ 音声・言語・咀嚼 肢体不自由 ・ 内臓または免疫機能

アイコン
プロフィール
>障害情報>
障害者手帳の有
無、手帳の種類

(7) 申請済みの医療費助成制度をお書きください。

小児慢性特定疾病 ・ 重症心身障害者医療費助成 ・ 難病 ・ 限度額認定証 その他（

プロフィール
>社会資源>
福祉事務所の
備考も活用して
記入

25. その他、伝えておきたいことなどありましたらご記入下さい

--

ご家庭で医療的ケアが無い方はこれで終了となります。ご協力ありがとうございました。

医療的ケアがある方は次にお進みください。

26. 医療機器の使用・処置について (わたしのケア手帳をお持ちの方はご持参ください)

(1) 在宅物品を受け取っている病院名をお答えください。

当院	他院 : ()
----	----------

(1) 気管切開患者指導を受けている方はご記入ください。

気管切開カニューレを使用していますか	いいえ	カニューレフリー
	はい	

気管切開チューブの種類	サイズ		mm
	カフなし ・ カフあり	カフエアー (ml)	
カニューレ交換頻度	1回 / () 週間	最終交換日	/
吸引チューブ (Fr)	挿入の深さ (cm)	割ガーゼ ()	
人工鼻を使用していますか	いいえ	はい	:

(2) 在宅酸素・ネーザルハイフロー (高流量鼻カヌラ酸素療法) を使用されている方

常時 ・ その他 ()	流量 : () ℓ
--------------	------------

(3) 呼吸器を装着されている方はご記入ください

在宅人工呼吸器の種類			
マスク型 (持続陽圧呼吸療法) を使用されていますか	いいえ	はい	

装着時間についてご記入ください。

()	常時	
()	夜間のみ (時 ~ 時頃)	
()	その他 ()	
排痰補助装置使用	なし	あり : 使用機種

(4) 経管経腸栄養法をされている方はご記入ください。

経鼻チューブ (NG)	サイズ		挿入の深さ	cm
	交換頻度	1回 / ()	最終交換日	/
胃瘻チューブ	種類	サイズ	固定水	ml
	交換頻度	1回 / ()	最終交換日	/
経腸チューブ (ED)	サイズ		挿入の深さ	cm
	交換頻度	1回 / ()	最終交換日	/

(5) 排泄に関する処置について教えてください。

導尿	なし	あり : カテーテルのサイズ ()
導尿の時間		
誰が行います	本人	家族 :
導尿時の注意点についてお書きください		

アイコン
プロフィール
> 連携・介護
> その他の連携

アイコン
アレルギー・
インプラント・
注意情報>
デバイス情報
(フリーを活
用。交換日、サ
イズも記入)

人工肛門 ウロスト ミー	なし	あり	: 装具の種類(商品名) ()		
	装具の交換		日間隔	最終交換日	/
	その他の使用物品				
装具交換の注意点についてお書きください					
腸洗浄	なし	あり	1日 回 ・ 週 回		
			ネラトンカテーテルサイズ (Fr)		

質問は以上になります。ご記入頂きありがとうございました。