

診療情報提供書

(提出先)川崎市長

|                                                                |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|----------------|---|-------------|---|----|---|---|
| 氏名                                                             |                                                                                                                                                                         | 生年月日               | 年                   | 月              | 日 | 年齢          | 歳 | 性別 | 男 | 女 |
| 診断名                                                            | 主診断名                                                                                                                                                                    |                    | 既往歴（入院・手術・骨折等主なもの）  |                |   |             |   |    |   |   |
|                                                                | 合併症                                                                                                                                                                     |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 経過                                                             |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 処方内容<br><small>※別紙（処方箋写し）添付可</small>                           |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 発作                                                             | 発作時の状況                                                                                                                                                                  |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
|                                                                | 発作時の対処                                                                                                                                                                  |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| アレルギー<br>（薬・食事）                                                |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 気管切開                                                           | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり                                                                                                              |                    | 気切部の状態やカニューレ抜去時の対応等 |                |   |             |   |    |   |   |
|                                                                |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 人工呼吸器                                                          | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり                                                                                                              |                    | 使用状況                | 24時間      夜間のみ |   |             |   |    |   |   |
|                                                                |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 酸素                                                             |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 吸引                                                             |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 吸入                                                             |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 経管栄養                                                           | <input type="checkbox"/> 経鼻                                                                                                                                             | チューブタイプ<br>サイズ・その他 |                     |                |   |             |   |    |   |   |
|                                                                | <input type="checkbox"/> 胃瘻                                                                                                                                             |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| <input type="checkbox"/> 腸瘻                                    |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| その他の処置                                                         | (例)中心静脈栄養、腹膜透析等                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 急変時の対応等                                                        |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 対象要件                                                           | 以下に該当する状態であると認める。（いずれか該当する□に必ずチェック）                                                                                                                                     |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
|                                                                | <input type="checkbox"/> 高度な医療的ケア（人工呼吸器による常時管理や頻回な吸引、中心静脈栄養、腹膜透析）が必要である<br><input type="checkbox"/> 上記以外の児童（１８歳未満の方及び１８歳の達する日以降の最初の３月３１日までの間にある方）であり、医療機関での一時的な療養が必要である |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| (記入日)                  年                  月                  日 |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| 医療機関住所： _____                                                  |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   | 電　話： _____  |   |    |   |   |
| 施　設　名： _____                                                   |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   | 医師氏名： _____ |   |    |   |   |
| (自署の場合は押印不要)                                                   |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |
| ※65歳未満の場合、医療的ケアの判定スコアを添付してください                                 |                                                                                                                                                                         |                    |                     |                |   |             |   |    |   |   |