

【お子様の情報用紙記載にあたってのお願い】

NO.4の人工呼吸器・排痰補助の項目については、必ず医師が記載、または指示書の添付をお願いします。
診療情報提供書に記載されている場合は不要です。

(記載日 年 月 日)

レスパイト入院 お子様の情報用紙 No.1

氏名	ふりがな			愛称	
年齢		生年月日	年 月 日	性別	男・女
身長	cm	体重	kg	計測日	年 月 日
現住所	〒				

緊急連絡先	保護者名	ふりがな	続柄	生年月日(西暦)
	電話番号	携帯・自宅・職場		
	保護者名	ふりがな	続柄	生年月日(西暦)
電話番号	携帯・自宅・職場			

同居家族	氏名	続柄	当院受診歴	生年月日(西暦)
			有・無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	

レスパイト入院 お子様の情報用紙 No.2

[illegible]

レスパイト入院 お子様の情報用紙 No.3

排泄方法	排尿回数 回/日 ☐ おむつ ☐ 尿器 ☐ 導尿 ☐ 尿路ストーマ			
	☐ 留置カテーテル		カテーテルの種類： 太さ：	
	導尿について ☐ 3回/日以上 () 時間ごと		開始時期： 年 月	
	導尿の使用物品		カテーテルの種類： 太さ：	
	排便回数 回/日		☐ ストーマ ストーマ造設時期 年 月	
	ストーマ装具の種類：		ストーマ装具の交換頻度：	
	☐ 浣腸	使用頻度	薬剤名	使用量
	☐ 下剤	使用頻度	薬剤名	
	具体的な注意事項があればお書き下さい			
清潔について	☐ 入浴 回/週		☐ 清拭 回/週	☐ 洗髪 回/週
	☐ その他			
	☐ 軟膏ケア 方法：			
	☐ 口腔ケア 方法： 回数：			
生活面での 注意点	☐ 体位交換 回/日			
	☐ 更衣回数3回/以上			
	☐ 骨折しやすい ☐ 脱臼しやすい ☐ 褥瘡がある ☐ その他			
	具体的な注意事項があればご記入下さい（好む姿勢、体位を保持するための使用物品など）			
意思疎通	☐ 言葉 ☐ 表情 ☐ その他 感情の表現方法： 好きなこと： 嫌いなこと：			
睡眠について	睡眠時間 時 分 ～ 時 分 睡眠導入方法：			
バイタル情報	体温 ℃		SPO2 % ～ %	
	脈拍 回/分（覚醒時）		回/分（入眠時）	
	体温調節の方法：			
てんかん発作	☐ あり ☐ なし		発作の様子：	
			発作頻度：	
			発作の誘因：	
			発作時の対応：	
アレルギー	☐ あり ☐ なし		薬剤・食品・その他：	
			症状や対処：	

レスパイト入院 お子様の情報用紙 No.4

気管切開	気管切開手術時期		年	月	気管喉頭分離術		☐ あり	☐ なし		
	カニューレの種類				サイズ	カフ ☐ 有 ☐ 無				
	緊急時用カニューレの種類				サイズ					
	カニューレ交換時期		日毎	最終交換日		ガーゼ枚数				
人工呼吸器	機種名				業者担当者名					
	使用状況	☐ 24時間 ☐ 夜間のみ ☐ その他			導入時期				年	月
	設定条件	必ず医師が記載または指示書の添付をお願いします								
	加温・加湿に関する情報									
排痰補助	☐ あり ☐ なし		機種		使用頻度					
	設定条件	必ず医師が記載または指示書の添付をお願いします								
在宅酸素	☐ あり ☐ なし		導入時期		年	月				
	☐ 終日 ☐ 夜間のみ		(開始時間：)		☐ その他					
	酸素流量		L/分	酸素流量調節の目安：						
吸引	☐ 口腔	☐ 鼻腔	吸引チューブの太さ							
	☐ 気管	吸引チューブの太さ		吸引時の挿入長		☐ 挿入制限あり				
	吸引回数		☐ 6回/日未満 ☐ 6回/日以上 ☐ 1回/日以上							
	注意事項などがあればご記入下さい									
吸入	☐ 定期	回数		☐ 6回/日未満 ☐ 6回/日以上		() 時間ごと				
			薬剤名		1回使用量					
	☐ 臨時	具体的にどのような時に：								
			薬剤名		1回使用量					
経管栄養	☐ 胃ろう ☐ 経鼻 ☐ 腸ろう ☐ その他		胃(腸)ろう造設時期		年	月				
	チューブの種類		サイズ		固定水の量		ガーゼ枚数			
	固定位置		最終交換日							
	注入中の注意事項									
中心静脈栄養	☐ あり		導入時期		年	月	最終入れ替え		年	月
	管理について									

2026.8

兵庫県立こども病院
在宅推進委員会

レスパイト入院 お子様の情報用紙 No.5

体内または体表に該当する項目があればすべて☑をいれて下さい

- | | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| ☐ シェントバルブチューブ | ☐ ペースメーカー | ☐ ストーマ | ☐ プロビアック | ☐ ポート |
| ☐ 歯列矯正（取り外し：可・不可） | ☐ 人工内耳 | ☐ 補聴器 | | |
| ☐ 義眼（右・左・両方） | ☐ コンタクト | ☐ めがね | ☐ その他 | |

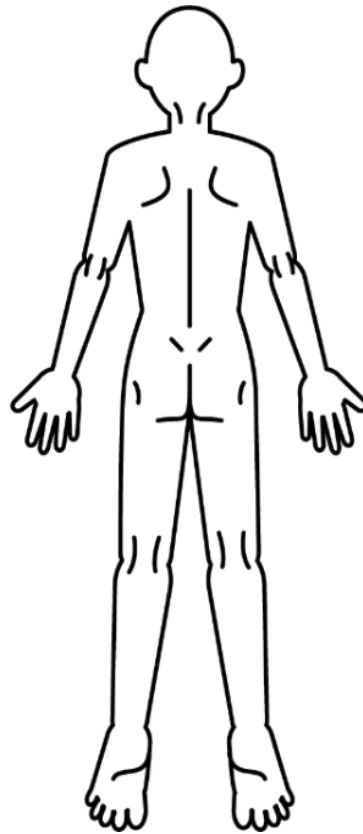
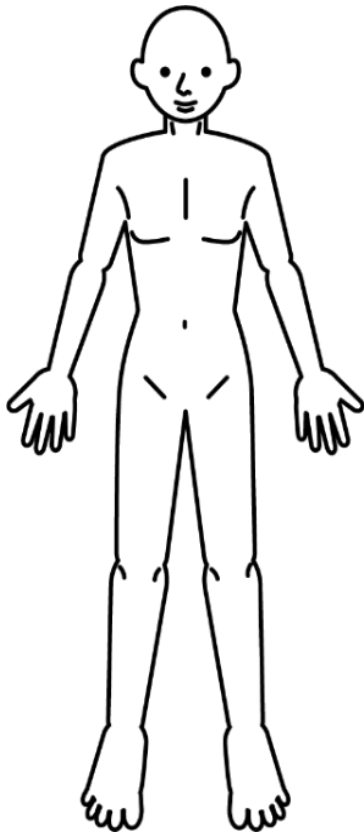
褥瘡 ☐ あり ☐ なし

皮膚トラブル ☐ あり ☐ なし

処置の方法

* 褥瘡や皮膚トラブルの箇所をご記入下さい

* 麻痺や変形、拘縮がある箇所をご記入下さい



2026.8

兵庫県立こども病院
在宅推進委員会

レスパイト入院 お子様の情報用紙 No.6

入院中の参考にさせていただきますので、ご自宅での1日の過ごし方についてご記入下さい。

ご自宅と同様の時間や方法で行えないこともあります、ご了承ください。

時間	日課など	食事	内服	吸引	排泄	その他のケア
0時						
1時						
2時						
3時						
4時						
5時						
6時						
7時						
8時						
9時						
10時						
11時						
12時						
13時						
14時						
15時						
16時						
17時						
18時						
19時						
20時						
21時						
22時						
23時						

入院生活でご心配なこと、不安なことがあればご記入下さい

2026.8

兵庫県立こども病院
在宅推進委員会