

<記入について>

- ◆黒のボールペンを使って記入してください。
- ◆該当する口にチェック☑を入れてください。
- ◆新規登録の場合は、裏面の「個人情報利用に関する説明及び同意書」にご署名ください。

# 【記入例】

<表面>

大阪市重症心身障がい児者の医療コーディネーター事業用

## 情報登録書

新規  
 変更

受付日	平成 年 月 日
登録日	平成 年 月 日
登録番号	

初めて登録される場合は、裏面の「個人情報利用に関する説明および同意書」をお読みいただき、ご署名の上、ご記入ください。  
登録内容の変更の場合は、変更部分のみご記入ください。  
**(該当する口にチェックを入れてください。記入の際は、黒のボールペンを使用してください。)**

（ふりがな） 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	血液型	<input type="checkbox"/> Rh+ <input type="checkbox"/> Rh-
住所	〒 大阪市 区		電話番号	-	
同居家族	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> その他 ( )	主な介護者			

<身体状況>

障がい・病名 (主なもの)	1) <b>【例】低酸素性脳症、脳性まひ、筋ジストロフィー 等</b> 2) 3) 6)	身体障がい者手帳番号 (右詰めでお書きください)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ (食物) (薬剤)	
感染性疾患 (肺炎を除く)	<input type="checkbox"/> B型肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> C型肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 不明	
(既往病歴や入院歴など)	通常時の状態	
これまでの経過 <b>【例】</b> ・低出生体重児で低酸素脳症 ・5歳頃、誤嚥性(ごえんせい)肺炎を繰り返し、10歳の時胃ろうの手術を受ける 等	ぜん息	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ 対処法をお書きください。 対処法 ( )
	けいれん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ 頻度・対処法をお書きください。 頻度 ( 回 / 日・月・年 ) 対処法 ( )
	SPO2 (安静時)	( ) % 心拍数 (安静時) ( ) /分
	体温	( ) °C 体重 ( ) kg
	体重最終計測日	H 年 月 日
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <b>【例】抗けいれん剤(デパケン)、抗アレルギー剤(アレジオン) 等</b>	
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 噴門形成術 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離術 <input type="checkbox"/> V-Pシャント手術 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
運動機能 (I~Vのいずれかを選択)	<input type="checkbox"/> I: 走行可・階段昇降可(自力) <input type="checkbox"/> II: 走行可・階段昇降可(手すり使用) <input type="checkbox"/> III: 杖歩行可・車いす移動可(自力) <input type="checkbox"/> IV: 歩行補助具で歩行可・電動車いすで移動可(自力) <input type="checkbox"/> V: 車いす移動不可(全介助)	コミュニケーション (I~VIIのいずれかを選択) <input type="checkbox"/> I: 簡単な会話ができる <input type="checkbox"/> II: 有意語がある <input type="checkbox"/> III: 要求やYes/Noの表出ができる <input type="checkbox"/> IV: 簡単な言葉かけを理解する <input type="checkbox"/> V: 呼びかけに反応する <input type="checkbox"/> VI: 快・不快の表現をする <input type="checkbox"/> VII: 無反応
視聴覚	<input type="checkbox"/> 耳が聞こえない(聞こえにくい) <input type="checkbox"/> 目が見えない(見えにくい)	

グループホーム等  
を利用している人  
は施設名をお書き  
ください。

服薬のほか、皮膚へ  
塗布するものも含  
みます。

【例】抗生物質、非  
ステロイド性抗生  
薬、局所麻酔薬、  
ピリン系薬剤、アル  
コール 等

いずれかに○をし  
てください。

SPO2(血中酸素  
飽和度)と心拍数は  
わかる方のみ、お書  
きください。

【例】牛乳、小麦、  
たまご、そば、  
大豆、えび 等

・障がいの原因と  
なったエピソード  
・入院するような  
大きな病気  
・出生時の様子  
等

◆わからない部分がありましたら、委託先医療機関へお問合せいただくか、未記入(空欄)のまま提出してください。(後日、医療コーディネーターが確認の連絡をいたします。)

<記入について>

- ◆黒のボールペンを使って記入してください。
- ◆該当する口にチェックを入れてください。
- ◆新規登録の場合は、裏面の「個人情報利用に関する説明及び同意書」にご署名ください。

# 【記入例】

## <裏面>

食事	回数 ( ) 回/日	方法	<input type="checkbox"/> 経口摂取 ⇒ ( <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 普通 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ⇒ ( <input type="checkbox"/> 経鼻胃 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経腸栄養 ) 使用サイズ	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)	排便 回数 ( 回 / ほぼ毎日 2~3日 ) 排尿 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 導尿 ⇒ ( ) 回/日		
医療的ケア	<input type="checkbox"/> 酸素投与 ⇒ <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 必要時のみ	吸入量 ( ) L/分 吸入時間 約 ( )		
	<input type="checkbox"/> 気管切開 ⇒ <input type="checkbox"/> カニューレ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	サイズ 製品名		
	<input type="checkbox"/> 吸引 ⇒ <input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管内	頻度 <input type="checkbox"/> 頻ばん <input type="checkbox"/> 時々 ⇒ ( ) 回/日		
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <small>※製品名・メーカー名は必ずお書きください。また、「呼吸器指示表」のコピーを添付してください。</small>	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 必要時 ( 具体的に: 製品名 メーカー名 酸素 <input type="checkbox"/> 必要 ( ) L/分 <input type="checkbox"/> 不要		
	<input type="checkbox"/> 排たん補助機器 ⇒ <input type="checkbox"/> 排たん補助装置MI-E <input type="checkbox"/> 肺内パーカッションベンチレーターPV			
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH) <input type="checkbox"/> ポート埋め込み <input type="checkbox"/> その他 ( )			
透析	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 血液 ⇒ <input type="checkbox"/> シャント ( <input type="checkbox"/> 右腕 ・ <input type="checkbox"/> 右腕 ) / <input type="checkbox"/> その他			
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> ペースメーカー	医療機関名 電話番号		
特に留意すること	要望や気をつけてほしいことなど、自由にお書きください。(※呼吸がしやすい体勢がわかる写真があればご提供ください。)			
アンケート	①過去3年間で救急車を利用した件数	件	②救急車を利用した際の主な病状	
<緊急連絡先>				
①	(ふりがな) 氏名	続柄	(ふりがな) 氏名	続柄
	電話番号	自宅: 携帯:	電話番号	自宅: 携帯:
<かかりつけ医>				
①	医療機関名	担当科	担当医	電話番号
②	医療機関名	担当科	担当医	電話番号
③	医療機関名	担当科	担当医	電話番号
④	医療機関名	担当科	担当医	電話番号
<通所事業所等>				
訪問看護ステーション		その他(ケアプランセンター・ヘルパーステーションなど)		
名称		名称		
電話番号		電話番号		
個人情報利用に関する説明および同意書 (※初めて登録する場合にご署名ください) 大阪市では、「大阪市重症心身障がい(者)の医療コーディネーター事業実施要綱」に基づき、事業を実施するにあたり、事前に委託先医療機関にご登録いただいた情報(ご本人またはご家族等の個人情報)をもとに、かかりつけ医や通所事業所等に情報の提供を求めるほか、受入可能な連携医療機関等に提供いたします。 また、上記の目的以外にも、大阪市において今後の制度向上のために登録情報の一部を活用いたしますが、その際は氏名等個人の特定につながる情報は活用いたしませんので、ご理解いただきますようお願いいたします。				
平成 年 月 日		氏名(本人)	大阪市	
私及び家族の個人情報について、上記目的において利用することを同意いたします。		(家族・代理人の同意)		
氏名(同意者)				

【例】  
「6Fr 55 cm」,  
「20Fr」等

いずれかに○をし  
てください。

カニューレの横に  
記載してある製品  
名をお書きくださ  
い。

人工呼吸器の製  
品名とメーカー  
名は必ずお書き  
ください。また、  
「呼吸器指示表」  
のコピーを提出  
してください。

あてはまる項目の  
みご記入ください。

透析、ペースメー  
カーに該当する  
場合は、医療機関  
名と電話番号を  
必ずお書きくだ  
さい。

緊急連絡先がグル  
ープホーム等の場  
合は、施設名と施設  
の電話番号をお書  
きください。

これ以外に利用さ  
れていれば、別紙に  
追加してください。

新規の登録場合  
のみ、署名してく  
ださい。

◆わからない部分がありましたら、委託先医療機関へお問合せいただくか、未記入(空欄)のまま提出してください。(後日、医療コーディネーターが確認の連絡をいたします。)