

<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□にチェック☑を入れてください。
- ◆裏面の下の余白に、記載者名（続柄）を記入してください。
- ◆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。
- ◆分からない部分がありましたら、「大阪発達総合療育センター医療コーディネート事業室（06-4967-4300）」へお問い合わせいただくか、未記入（空欄）のまま提出してください。後日確認の連絡を致します。

【記入例】

大阪市重症心身障がい児者の医療コーディネート事業用

<表面>

情報登録書（新規）

登録される方は、必ず、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。
該当する□にチェックを入れてください。
記入の際は、黒ボールペンを使用してください。

受付日	令和 年 月 日
登録日	令和 年 月 日
登録番号	

記載者氏名（続柄）

（ふりがな） 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	歳
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		

グループホーム等を利用している人は施設名と担当者をお書きください。

【例】牛乳、小麦、卵、そば、大豆、エビ等

<身体状況>

障がい・病名（主なもの）	1) _____ 2) _____ 3) _____	身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（食物） _____（薬剤） _____（その他） _____	療育手帳	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2

主な病名・障がい名からお書きください。
【例】低酸素血症、脳性麻痺、筋ジストロフィー 等

服薬のほか、皮膚に塗布するものも含まれます。
【例】抗生物質、ピリン系薬剤、非ステロイド性抗炎症薬、局所麻酔薬、消毒用アルコール 等

出生時の週数、体重、アプガー（わかる場合）をお書きください。特記事項は、具体的にお書きください。

感染症	<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"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明
周産期	出生時： 週 日 体重： g アプガー： / 妊娠経過・出生時特記事項： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり （ ）
普段の状態	呼吸状態 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 具体的に： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（頻度・対処法をお書きください。）

【例】花粉症、スギ・ダニ、ラテックス 等

これまでの経過	【例】 ・1歳：呼吸不全で気管切開（○×△医療センター） ・3歳：精神発達遅滞と診断。療育等、リハビリ開始（○◇療育園） ※てんかん発作の型 強直性発作が主、5分以内に止まる
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

けいれん	頻度（ 回 / 日・月・年 ） 対処法（ 必ず記入ください ）
SPO2（安静時）	（ ）% 心拍数（安静時）（ ）/分
体温	（ ）℃ 体重（ ）/kg
体重最終計測日	年 月 日

いずれかに○をしてください。

・障がいとなったエピソード
・入院に関わる病名・医療機関名 等。

定期内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [薬剤名のみ記載 【例】デパケン、イーケプラ、酸化マグネシウム 等]
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [【例】胃ろう造設、気管切開、VPシャント 等]

SPO2（酸素飽和度）と心拍数はわかる方のみ、お書きください。

運動機能（I～Vのいずれか1つを選択）	<input type="checkbox"/> I：走行可・階段昇降可（自力） <input type="checkbox"/> II：歩行可・階段昇降可（手すり使用） <input type="checkbox"/> III：歩行補助具を使って自力歩行・手動車いすで自力移動 <input type="checkbox"/> IV：歩行補助具を使って介助歩行・電動車いすで自力移動 <input type="checkbox"/> V：車いす自力移動不可（全介助）	コミュニケーション（I～VIIのいずれか1つを選択）	<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"/> 聴覚障がい（ ） <input type="checkbox"/> 視覚障がい（ ）		

多い場合は「上記」と記入し「これまでの経過」の欄にお書きください。

裏につづく

【記入例】

医療的ケアについては、あてはまる項目に、チェックまたはご記入ください。

＜裏面＞

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。

人工呼吸器の製品名は必ずお書きください。

医療的ケア	食事回数 () 回/日	食事方法	経口	水分	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> ゼリー状
			経管	食事形態	<input type="checkbox"/> ペースト食・ムース食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 普通食一口大 <input type="checkbox"/> 普通食
					<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他() 製品名・サイズ
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他()	排便	<input type="checkbox"/> 自力(頻度:) <input type="checkbox"/> 洗腸(頻度:)	
			排尿	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 導尿(頻度:)	
	<input type="checkbox"/> 酸素投与	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 必要時(具体的に:)	酸素吸入量	L/分	
	<input type="checkbox"/> 気管切開	カニューレ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	製品名・サイズ		
	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管内	頻度	毎日: 回/日 <input type="checkbox"/> 必要時: 回/日	
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 必要時(具体的に:)	製品名		
			酸素	<input type="checkbox"/> 必要()L/分 <input type="checkbox"/> 不要	
<input type="checkbox"/> 排たん補助装置	<input type="checkbox"/> カフアシスト <input type="checkbox"/> その他()				
<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(IVH)	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ポート埋め込み <input type="checkbox"/> その他()				
<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 血液 (<input type="checkbox"/> 右腕シャント <input type="checkbox"/> 左腕シャント <input type="checkbox"/> その他())	医療機関名	電話番号		
<input type="checkbox"/> ペースメーカー		医療機関名	電話番号		

情緒面・発達に関すること、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。

【例】【食事】経口で少量摂取、残り水分、薬は胃ろうより注入
 【情緒面】大きな音、声に敏感。知らない人との接触は苦手
 【注意事項】頭にシャントが入っているため頭の打撲に注意してほしい 等

緊急連絡先が施設等の場合は、施設名・電話番号・担当者をお書きください。

記載欄が足りない場合は、余白や「特に留意すること」の欄にお書きください。

＜緊急連絡先＞

① (ふりがな) 氏名	続柄	② (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

＜利用事業所等＞ ※例: 訪問看護ステーション・ヘルパーステーション・放課後等デイサービス・学校(支援・地域) など

事業所等		事業所等	
名称		名称	
電話番号		電話番号	
事業所等		事業所等	
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 (※必ずご署名ください)

大阪市では、「大阪市重症心身障がい児(者)の医療コーディネート事業実施要綱」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、ご理解いただけますようお願いいたします。

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)

令和 年 月 日 氏名(本人) 氏名(同意者)

必ず、ご署名をしてください。

下の余白に、記載者名(続柄)をお書きください。