

小児レスパイト入院の利用登録及び利用にあたっての同意書

小児レスパイト入院の利用にあたっては、次の留意事項に同意のうえ、利用登録、利用申込を行ってください。

- 1 小児レスパイト入院の利用にあたり必要となる診療情報の提供について、当院から利用者(患者)の主治医等に対して依頼させていただきます。なお、提供いただいた診療情報については、後日医療機関(主治医等)受診の際に、診療情報提供料が算定(保険診療)されることになります。
- 2 小児レスパイト入院の利用期間は、1回につき原則として5泊6日です。延長は基本的にできませんが、利用中に利用者の身体状況等に变化があり、治療が必要となった場合などは、主治医と連絡のうえ、入院の継続または転院をお願いすることがあります。また、当院においてそのまま治療を継続することになった場合は、その日以降の入院は通常の入院扱いとなります。
- 3 小児レスパイト入院利用予定日の2週間前より、以下の症状がみられた場合には、必ず事前に患者サポート部担当者までお申し出ください。 【発熱(同居する家族も含む)・嘔吐下痢などの症状・その他感染症】
また前回診察時以降、発育状況に変わりがある場合(寝返り、つかまり立ちが出来るようになった等)にもお申し出下さい。
- 4 栄養剤を一日分のみ持参予定の方で、使用している栄養剤の種類が変更になった場合はご連絡下さい。
- 5 小児レスパイト入院は検査や治療を目的としておりませんので、原則として行いません。ただし、入院時の診察において必要と判断された場合や入院中に患者に体調変化等があった場合には、検査や治療を行う場合があります。また、患者に特段の変化がない場合は、特に医師から入院中の状態について説明は行いません。
- 6 入院中は、受入先病院の体制・方法によりケアを行います。そのため、ご自宅で行うケアの内容とは異なることがあり、ご希望に添うことが難しい場合があります。

同意欄

小児レスパイト入院の利用登録及び利用申込にあたり、上記の留意事項を確認し、これに同意して、小児レスパイト入院を利用します。

年 月 日

保護者住所 _____

保護者氏名(署名) _____

2025.04.01 改訂

小児レスパイト入院 患者情報連絡票														
〈 記入日・更新日 〉			年 月 日		記入者氏名 ()									
氏 名	ふりがな			愛称		生 年 月 日	S H R	年 月 日生		身 長 体 重	cm	kg	血 液 型	型
	男 ・ 女												RH + -	
主治医	医療機関名					主治医 氏名				電話番号				
医療保険 ※コピー添 付でも可	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保		保険証の記号・番号											
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		保険者の番号											
医療費助成	有 ・ 無			種類	重度障害者 ・ 特定疾患 ・ その他 ()									
気 管 切 開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	カニューレタイプ			気管喉頭分離術		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		カフの有無		<input type="checkbox"/> あり (カフ量 CC) <input type="checkbox"/> なし			
		サイズ	mm		カニューレ交換時期		日毎 (最終交換日)							
		カニューレ自己抜去時等の対応												
経鼻エアウェイ・下咽頭チューブ				種類				サイズ			挿入	cm		
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 2 4 時間 <input type="checkbox"/> それ以外 ()														
人 工 呼 吸 器	<input type="checkbox"/> マスク式	機種名				メーカ 名				担当者 連絡先				
	<input type="checkbox"/> 気切	使用状況		<input type="checkbox"/> 2 4 時間 <input type="checkbox"/> その他 ()										
	<input type="checkbox"/> なし	設定条件												
酸素	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 24時間	酸素流量		ℓ / 分		<input type="checkbox"/> 臨時	酸素流量		ℓ / 分				
吸 引	<input type="checkbox"/> 口腔	吸引チューブの太さ () Fr 吸引時の深さ () cm												
	<input type="checkbox"/> 鼻腔	吸引の頻度や留意事項を具体的に記入してください。 (例：○時間毎 ・ 夜間○時間毎など)												
	<input type="checkbox"/> 咽頭													
	<input type="checkbox"/> 気管													
	<input type="checkbox"/> なし													
吸 入	<input type="checkbox"/> 定時	() 時間毎 ・ または (概ね 時)				<input type="checkbox"/> 臨時	具体的にどのようなとき							
	<input type="checkbox"/> なし	内容 ()					内容 ()							
経 管 栄 養	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他 ()				内容	量	回数・時間など		注入方法					
	チューブタイプ		固定水		cc					<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イリリガートル <input type="checkbox"/> その他				
	チューブサイズ		Fr 固定位置		cm					<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イリリガートル <input type="checkbox"/> その他				
	交換時期		最終交換日						<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イリリガートル <input type="checkbox"/> その他					
	姿勢・留意事項								<input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> イリリガートル <input type="checkbox"/> その他					
	胃ろうからのミキサー食注入 <input type="checkbox"/> 希望する※ <input type="checkbox"/> 希望しない								<input type="checkbox"/> その他					
排 尿	方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 尿取りパット	<input type="checkbox"/> 導尿		<input type="checkbox"/> 留置カテ		<input type="checkbox"/> その他留意事項					
	回数 ・ 内 容 など	回 / 日	回 / 日	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用なし	(時間)		サイズ	Fr						
			サイズに☐ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL <input type="checkbox"/> Big <input type="checkbox"/> スーパー Big		()		固定水	cc						
							交換時期	毎						
排 便	方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 浣腸	<input type="checkbox"/> 摘便		<input type="checkbox"/> 下剤		<input type="checkbox"/> その他留意事項					
	回数 ・ 内 容	回 / 日	回 / 日	/ 日毎	/ 日毎		薬剤名・用量・用法など							
痙 攣 発 作	<input type="checkbox"/> あり	(型・頻度)												
	<input type="checkbox"/> なし	(対応)												
ア レ ル ギ ー	<input type="checkbox"/> あり	〈薬剤〉				〈造影剤〉		〈症状や対処法〉						
	<input type="checkbox"/> なし	〈食品〉				〈その他 テープかぶれなど〉								