

大阪市更生療育センター

氏名 ふりがな	男 ・ 女	年齢( )歳	
	身長( )cm	体重( )kg	
かかりつけ病院 :		病院 ・ クリニック	
担当医 氏名:		( )科)	
所在地			
電話番号( ) -			
救急搬送時の病院指定	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する→	指定搬送先 電話番号( )	病院 - 科

1. 今までに、けいれん発作はありますか? ない ある

あると答えられた方

・けいれん止めの薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・頻度 月に( )回ぐらい ・ 毎日( )回ぐらい ・ ( )	
・持続時間 5分以内 ・ 5分以上( )分)	
・最終発作日	

2. けいれん止めのお薬を、飲まれてますか?	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> 飲んでいる
3. 薬物アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
4. 食物アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( )
5. 麻痺側は痛みを感じますか?	<input type="checkbox"/> 感じる <input type="checkbox"/> 感じない
6. 薬の管理は、自分でできますか?	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
7. 床ずれ等、皮膚の異常はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
8. 排便について ・便意はありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
・当てはまるものに○をしてください→浣腸が必要・排便が必要・( )	
9. 排尿について ・尿意はありますか?	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
・導尿をしていますか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
10. 糖尿病だと医師に言われていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ ・食事制限がある ( kcal/日) ・内服薬がある ・インスリン注射をしている
11. 医師の処方薬以外に、服用されている薬があればお書き下さい。頭痛・発熱時等 ( )	
12. よく発熱しますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

13. 既往歴

年 月	診断名	医療機関
年 月	診断名	医療機関
年 月	診断名	医療機関