

【様式1】

**診 療 情 報 提 供 書**  
(重症心身障がい児プール活動支援事業専用)

(紹介先医療機関名)

宇都宮市子ども発達センター診療所 外来担当医師

平成 年 月 日

(所在地及び名称)

(電話番号)

(医師氏名)

印

患者氏名		性別	男・女
患者住所 電話番号	〒 (電話番号)	( )	
生年月日	平成 年 月 日 ( 歳)	保護者氏名	

(傷病名)
(紹介目的) 宇都宮市子ども発達センター内のプール活動の可否について
(既往歴及び家族歴) アレルギー歴 (有・無)
(症状経過及び検査結果)
(治療経過)
(現在の処方)
<p>(備 考) わかる範囲内でご記入ください。</p> <p>①気管切開： 無 ・ 有</p> <p>②経管栄養： 無 ・ 経鼻経口経管栄養 ・ 胃ろう ・ その他</p> <p>③酸素使用： 無 ・ 夜間のみ ・ 24時間 ・ その他( ) <input type="checkbox"/> 酸素使用量： ℓ/min</p> <p>④人工呼吸器： 無 ・ 一定時間のみ使用(使用時間 hr) ・ 終日装着</p> <p><input type="checkbox"/> 呼吸器の種類および使用条件：( )</p> <p><input type="checkbox"/> アンビュー(手動式人工呼吸装置)への切り替え使用：( 可 ・ 不可 )</p> <p>⑤体温調節機能： 良 ・ 不良</p> <p>⑥吸 引： 無 ・ 有</p> <p>⑦そ の 他：( )</p> <p>⑧バイタルサイン</p> <p>体 温： °C (プール活動中止基準： )</p> <p>心 拍 数： /min ( " : )</p> <p>呼 吸 数： /min ( " : )</p> <p>血 圧： / mmHg ( " : )</p> <p>S p o 2： % ( " : )</p> <p>※緊急時に予測できる状態や、プール活動を行うにあたっての注意事項</p>