

薬について (常用薬などの服薬等の状況)

薬の名前	服薬期間	服薬頻度	薬の内容
(例)テグレトール	年 月～ 年 月 まで	毎朝・晩	てんかん発作予防
	年 月～ 年 月 まで		

禁忌薬 (飲んではいけない薬)

薬名	薬の内容 (どんな薬?)

* 処方箋などを一緒に綴じ込んでおくと便利です!

生活支援プランMap (まっぷ)

生育歴

出生病院			
在胎週数	週	日	出生体重 g
出生時特記事項		出生身長	cm

発育記録

首のすわり	歳	か月頃	寝がえり	歳	か月頃
おすわり	歳	か月頃	ずりばい	歳	か月頃
はいはい	歳	か月頃	人見知り	歳	か月頃
つかまり立ち	歳	か月頃	ひとりで歩く	歳	か月頃
ひとりで走る	歳	か月頃	指さしする	歳	か月頃
泣き声でない声を出す	歳	か月頃	意味のある言葉を話す	歳	か月頃
二語文を話す	歳	か月頃	オムツがとれる	歳	か月頃

健診結果

乳幼児健診等の状況 (相談した内容)		
乳 児 健 診	4 か月児健診	未受診・ 受けた ()
	8 か月児健診	未受診・ 受けた ()
	1 歳児健診	未受診・ 受けた ()
1 歳 6 か月児健診	医科	未受診・ 受けた ()
	歯科	未受診・ 受けた ()
3 歳 6 か月児健診		未受診・ 受けた ()

生活支援プランMap (まっぷ)

既往歴 (病気などの記録)

今までにかかった主な病気や熱性けいれん、発作、アレルギー (食物、その他) など

病名	年 月 日 (歳頃)	医療機関 担当医	備考	
			通院	なし・あり(年 月 日 ~ 年 月 日)
	年 月 日 (歳頃)	医療機関名	入院	なし・あり(年 月 日 ~ 年 月 日)
			手術	なし・あり(年 月 日 ~ 年 月 日)
			その他	
	年 月 日 (歳頃)	医療機関名	通院	なし・あり(年 月 日 ~ 年 月 日)
			入院	なし・あり(年 月 日 ~ 年 月 日)
			手術	なし・あり(年 月 日 ~ 年 月 日)
			その他	
	年 月 日 (歳頃)	医療機関名	通院	なし・あり(年 月 日 ~ 年 月 日)
			入院	なし・あり(年 月 日 ~ 年 月 日)
			手術	なし・あり(年 月 日 ~ 年 月 日)
			その他	

感染症

病名	予防接種	かかった時期	病状・合併症など
麻疹 (はしか)	済 ・ 未	年 月 日頃	
風疹 (三日はしか)	済 ・ 未	年 月 日頃	
水痘 (水ぼうそう)	済 ・ 未	年 月 日頃	
おたふくかぜ	済 ・ 未	年 月 日頃	
結核	BCG 済 ・ 未	年 月 日頃	
		年 月 日頃	

* 予防接種は母子健康手帳を参照

生活支援プランMap (まっぷ)

アレルギーに関すること (*該当する方のみ記入してください)

<記入日: 年 月 日>

アレルギーの内容	食物 内容: その他(動物、植物、金属、その他) 内容:
主治医による指示や制限	なし あり 内容:
服薬	なし あり
アナフィラキシー反応	なし あり 種類(食物、医薬品、ラテックス、蜂、その他) 内容:
緊急時の対応	緊急時の対応方法
	緊急連絡医療機関 病院名: _____ 受診科名: _____ 担当医: _____ 電話番号:(_____) _____ - _____ IDカードNo: _____

生活支援プランMap (まっぷ)

発作等に関すること (*該当する方のみ記入してください)

<記入日: 年 月 日>

発作の内容	てんかん 熱性けいれん その他(喘息、その他)
発作の頻度・時期	
服薬	なし あり
発作について	発作の前兆
	発作の様子
	発作時の対応方法
緊急時の対応	緊急時の対応方法
	緊急連絡医療機関 病院名: _____ 受診科名: _____ 担当医: _____ 電話番号:() _____ - _____ IDカード No: _____

特別な医療や処置について、定期的に、あるいは頻回に受けているもの

* 該当するものに✓をつけてください

点滴の管理	気管切開の処置	経管栄養 (経鼻・胃ろう)
中心静脈栄養	疼痛の看護	吸引処置 (回/日 一時的・継続的)
透析	褥創 (床ずれ)	モニター測定 (酸素飽和度 血圧 心拍)
ストーマの処置	体位変換	カテーテル (留置・コンドーム型・その他)
酸素療法	レスピレーター	その他
導尿	インスリン注射	

安全な処置や対応のための留意事項

(上記の処置や対応を安全に行うための留意点のほか、事故等の防止に役立つ情報や緊急性の高い情報を記載してください)