

食 事	方 法 内 容	<input type="checkbox"/> 経口	状 況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内 容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食	
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	種 類 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 () カテーテルサイズ (Fr) 注入内容 () 注入量・回数 () トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 交換頻度 (1回/)	
			<input type="checkbox"/> IVH	薬剤名 ()
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間 (時、 時、 時)
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間 (時、 時、 時)
			呼 吸 管 理	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	流量 (㍓/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種 類 <input type="checkbox"/> 気管切開下 <input type="checkbox"/> 非侵襲的 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口) メーカー・機種： 業 者 名： 緊急連絡TEL： モ ー ド： 換気回数(f)： 酸素濃度(FiO ₂) 離 脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (分)			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	使用薬液 ()		
	出 産 時 の 状 況	妊娠期間 (週 日)		
		体 重 () g		
		身 長 () cm		
単・多 () 胎				
そ の 他	集団生活を送る上で配慮が必要な点			