医療的ケアに係る調査票

第３号様式

(医療的ケア実施・体験保育申込時)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 出産時の状況 | 妊娠期間 | 　　　　　週　　　　日 |
| 体重 | 　　　　　㎏ |
| 身長 | 　　　　　㎝ |
| 単・多 | 　単・多　胎 |
| 手帳等の状況 | □身体障がい者手帳・療育手帳障がい名：　　　　　　　　　　　　　（　　級）障がい名：　　　　　　　　　　　　　（　　級）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主治医の情報 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 診療科 | 通院頻度　　　回／ |
| 医師名 |  |
| 診断名 |  |
| 主症状 |  |
| 医療的ケアの項目 | 喀痰吸引：□気管カニューレ内部　□口腔・鼻腔 経管栄養：□経鼻胃管　□胃ろう　□腸ろうその他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身長・体重 | 身長:　　　　cm　　体重：　　　kg（　　　年　　月測定） |
| コミュニケーション | □会話（単語・二語文・文書）　□絵カード　□表情 |
| 運動機能 | 首のすわり（　　　か月）・寝返り（　　　か月）座位（　　　か月）・はいはい（　　　か月） |
| 投薬 | □無　　□有（薬品名、投薬回数等を御記入ください。） |
| てんかん | □無　　□有（頻度　　　　　状況　　 　 　　 　　　） |
| 予防注射接種状況（母子手帳添付可） |  |
| 食物アレルギー | □無　　□有　卵・牛乳・小麦・その他（　　　　　　　 ） |
| 食事 | 方法内容 | □経口 | 状況　□自立　□一部介助　□全介助 |
| 内容　□普通食　　　□軟食　　□きざみ食　　　□ペースト食　□流動食　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| □経管栄養 | 種類　□経鼻（胃管・十二指腸）栄養　□胃ろう　□腸ろう |
| 注入内容 |
| 注入量・回数（　　　　　　　　　　　　　） |
| 呼吸管理 | 気管切開 | □無　　□有 |
| 吸引 | □無　　□有 |
| 酸素吸入 | □無　　□有 |
| 人工呼吸器 | □無　　□有 |
| 薬剤の吸入 | □無　　□有 |
| 姿勢・移動 | 姿勢の変え方 | □自立 |
| □介助（一部・全部）　介助時の注意点（　　　　　　　　） |
| 姿勢の保ち方 | □自立 |
| □介助や支えが必要 |
| 移動 | □自立　□つかまり歩行　□歩行器　□バギー　□車椅子□その他（　　　　　 　　　　　） |
| 排泄 | 尿 | 尿意 | □自分で尿意を感じる　□自分で尿意を感じない |
| 排泄回数 | 　　　回／日 |
| 方法 | □トイレ □おむつ □その他（　　　　　　　　 　　　　　） |
| 排泄 | 便 | 便意 | □自分で便意を感じる　□自分で便意を感じない |
| 排泄回数 | 回／日 |
| 方法 | □トイレ　□おむつ　□浣腸（　　 回／日）□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の通院・療養等の状況その他の通院・療養等の状況 | 医療機関名 | 診療科 | 通院頻度　　　　　回／ |
| 医療機関名 | 診療科 | 通院頻度　　　　　回／ |
| 療育機関名 | 利用頻度回／ |
| 訪問看護ステーション名 | 利用頻度回／ |
| その他保育施設の生活上で心配なことや知っておいてほしいこと |  |

主治医に確認の上、対象児童について、以上のとおり医療的ケアに係る調査票を提出します。

　　年　　月　　日

保護者氏名