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