

第3号様式

(医療的ケア実施・体験保育申込時)

医療的ケアに係る調査票

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	kg				
	身長	cm				
	単・多	単・多胎				
手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳・療育手帳 障がい名： (級) 障がい名： (級) <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部 <input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔 経管栄養： <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 会話(単語・二語文・文書) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬品名、投薬回数等を御記入ください。)					
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 卵・牛乳・小麦・その他（ ）	
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"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	種類 <input type="checkbox"/> 経鼻（胃管・十二指腸）栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
			注入内容 注入量・回数（ ）
呼吸管理	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	薬剤の吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
姿勢・移動	姿勢の換え方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（一部・全部） 介助時の注意点（ ）	
	姿勢の保ち方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
排泄	尿	尿意	<input type="checkbox"/> 自分で尿意を感じる <input type="checkbox"/> 自分で尿意を感じない
		排泄回数	回／日
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他（ ）
排泄	便	便意	<input type="checkbox"/> 自分で便意を感じる <input type="checkbox"/> 自分で便意を感じない
		排泄回数	回／日
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 浣腸（ 回／日） <input type="checkbox"/> その他（ ）

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／
その他の 通院・療養等の状況	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 _____