

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	☐ 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	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 _____