

医療的ケアに係る調査票

小平市「医療的ケア児の保育所受入れガイドライン」医療的ケア実施申込みの規定により、対象児童の医療的ケアに係る調査票を提出します。

ふりがな 児童名		男 女	年齢 ※令和6年4月1日現在	歳	生年 月日	年 月 日
診断名						
通院の状況①	医療機関名	診療科		通院頻度	回／月・週	
				連絡先	- -	
通院の状況②	医療機関名	診療科		通院頻度	回／月・週	
				連絡先	- -	
療育の状況①	療育機関名	内容		通院頻度	回／月・週	
				連絡先	- -	
療育の状況②	療育機関名	内容		通院頻度	回／月・週	
				連絡先	- -	
在宅サービス等の 利用状況	サービス名	事業所名		利用頻度	回／月・週	
				連絡先	- -	
手帳等の状況	◆身体障害者手帳 障がい名： ( 級) 障がい名： ( 級) <input type="checkbox"/> 愛の手帳 度 <input type="checkbox"/> 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・文章) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情					
投薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬品名 ) 朝・昼・夕					
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度 状況 )					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 卵・牛乳・小麦・その他( ) (摂取した時の症状 )					
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)・つかまり立ち( か月)・ひとり歩き( か月)					
姿勢・ 移動	姿勢の 変え方	<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 介助時の注意点 ( )				
	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"/> 車いす				
		<input type="checkbox"/> その他 ( )				

排泄	尿	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回/日)
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 導尿 ( 回/日) <input type="checkbox"/> その他( )
	便	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回/日) 使用中の薬剤( )
		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( )
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 介助時の注意点 ( )
			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	<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( ml/ 回/ 日) その他・具体的に記入をお願いします ( )
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	
	薬剤の吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
出生時の状況	妊娠週数	週 日	
	体重	g	
	身長	cm	
	単・多	単・多胎	
その他	集団生活を送る上で配慮が必要な点		