

(様式第3号)

年 月 日

(宛先) 新居浜市福祉事務所長

保護者 住 所  
氏 名

医療的ケアを受ける児童の調査票

ふりがな 児童名		生年 月日	年 月 日	年 齢	歳	性 別	
診 断 名							
通院・療育の 状況	医療機関名( ) 診察料( ) 通院頻度( 回/ )						
	医療機関名( ) 診察料( ) 通院頻度( 回/ )						
	医療機関名( ) 診察料( ) 通院頻度( 回/ )						
	療育機関名( ) 通所頻度( 回/ )						
	療育機関名( ) 通所頻度( 回/ )						
手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 級)(障害名 )						
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 ( A ・ B )						
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級)						
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ( 級)						
身長/体重	身長 cm 体重 kg (測定日 年 月 日)						
意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話(単語・二語文・文章) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> 言語理解						
服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬品名 内薬時間 )						
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( )						
運動機能	首すわり( か月・未)、寝返り( か月)、おすわり( か月)、はいはい( 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 普段使用している物品( ) 普段よくしている姿勢( )					
	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(自走・介助・電動) <input type="checkbox"/> その他( )					

(裏面に続く)

排便	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回数 回/日)	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 導尿 (回数 回/日) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回数 回/日)	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 浣腸 (回数 回/日) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
食事	方法	<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"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 経管 栄養	種類 <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
			製品名 ( ) カテーテルサイズ ( Fr)
			注入内容 ( )
			注入量・回数 ( )
	トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 肉芽 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	交換頻度 (1回/ )		
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	薬剤名 ( )	
	血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間 ( 時・ 時 時) 持続測定
インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間 ( 時・ 時 時)	
呼吸管理	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニューレ製品名 ( )
		トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		交換頻度 (1回/ )	
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回数 ( 回/日) 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ ( Fr)
出産時の状況	妊娠期間	( 週 日)	
	体重	( ) g	
	身長	( ) cm	
	単・多	( ) 胎	
治療歴	これまでの治療の経歴について (手術歴も記入してください。)		
その他	集団生活を送る上で配慮が必要な点		