

様式第2号

医療的ケアに係る調査票

大治町長 様

年 月 日

保護者氏名

児童氏名		男 ・ 女 (年 月 日生) 歳 カ月			
診 断 名					
通院・療養の状況		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／
手帳等の状況		☐ 身体障害者手帳 障害名： (級) 障害名： (級) ☐ 療育手帳 (A・B・C) ☐ 精神障害者福祉手帳 (級) ☐ 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・文章） ☐ 絵カード ☐ 表情			
投 薬		☐ 無 ☐ 有（薬品名 ） 朝・昼・夕			
てんかん		☐ 無 ☐ 有（頻度 状況 ）			
食物アレルギー		☐ 無 ☐ 有 卵・牛乳・小麦・その他（ ）			
運動機能		首のすわり（ カ月）・寝返り（ カ月）・座位（ カ月） はいはい（ カ月）			
姿勢・移動	姿勢の变え方	☐ 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 ☐ 車いす ☐ その他（ ）			
排 尿	尿	尿 意	☐ 無 ☐ 有（ 回／日）		
		方 法	☐ トイレ ☐ おむつ ☐ 導尿（ 回／日） ☐ その他（ ）		
	便	便 意	☐ 無 ☐ 有（ 回／日） 使用中の薬剤		
		方 法	☐ トイレ ☐ おむつ ☐ 浣腸（ 回／日） ☐ その他（ ）		

食 事	□ 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（ ）
		種類 □ 経鼻（胃管・十二指腸）栄養 □ 胃ろう □ 腸ろう
	□ 経管栄養	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
医療的ケアの項目		☐ 喀痰吸引（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部） ☐ 経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻） ☐ 導尿 ☐ その他（ ）
予想される緊急時の状況及び対応		注意が必要な状態と対応（緊急搬送の目安等） 緊急連絡先 緊急搬送先・医療機関名
その他		集団生活を送る上で配慮が必要な点