様式４ （保護者→市）

医療的ケアに係る調査票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 | | |  | 男女 | 年齢 |  | 歳 | 生年月日 | 年 |
| 月　　　　日生 |
| 診断名 | | |  | | | | | | |
| 通院・療育の状況 | | | 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／ 　） | | | | | | |
| 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　　　　　　（　　級） | | | | | | |
| □知的障害者手帳（療育手帳） （Ａ・Ｂ） | | | | | | |
| □精神障害者保健福祉手帳　　（　　級） | | | | | | |
| □特別児童扶養手当　　　　　（　　級） | | | | | | |
| 身長／体重 | | | 身長：　 　㎝　　　体重：　　㎏　　（測定日 　　年　　月　　日） | | | | | | |
| コミュニケーション | | | □会話　□絵カード　□文字盤　□表情　□その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 内服薬 | | | □なし　　□あり（薬品名・内服時間） | | | | | | |
| けいれん発作 | | | □なし　　□あり | | | | | | |
| アレルギー | | | □なし　　□あり | | | | | | |
| 運動機能 | | | 首のすわり（　か月）寝返り（　か月）座わり（　か月）はいはい（　　か月） | | | | | | |
| 食事 | 食事形態 | | □普通食  □きざみ食　□ミキサー食　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 食事介助 | | □不要 | | | | | | |
| □要（一部・全部）　※介助時の注意（　　　　　 　　） | | | | | | |
| 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  ※普段使用している補装具（　　　　　　　 　 　　　　　　　 　　） | | | | | | |
| ※普段よくしている姿勢　　（　　　　　　　　　　　 　） | | | | | | |
| 移動 | | □自立　□つかまり歩行　□歩行器　□バギー | | | | | | |
| □車椅子（自走　介助　電動）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 排尿 | 尿 | 尿意 | □なし　□あり（　　　　　回／日） | | | | | | |
| 方法 | □トイレ　□オムツ　□導尿（　　　　　　回／日）□その他（　　　　　　　） | | | | | | |
| 便 | 便意 | □なし　□あり（　　　　　回／日）使用中の薬剤（　　　　　　　　　 　　） | | | | | | |
| 方法 | □トイレ　□オムツ　□浣腸（　　　　　　回／日）□その他（　　　　　　　） | | | | | | |
| 睡眠に関する配慮 | | | □なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |