

第2号様式

医療的ケアに係る調査票

府中市医療的ケア児の保育所等受入れガイドライン第2-2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 <small>※令和7年4月1日現在</small> | 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 障害名： (級) 障害名： (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 (月) ・寝返り (月) ・座位 (月) ・はいはい (月) ・つかまり立ち (月) ・ひとり歩き (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"/> 車椅子 <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 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 介助時の注意点 () |
| | | <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 () |
| 出生時の状況 | 妊娠週数 | 週 日 | |
| | 体重 | g | |
| | 身長 | cm | |
| | 単・多 | 単・多胎 | |
| 健康診断 | 1歳半健診 | <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない 相談したことや指導を受けたこと () | |
| | 3歳児健診 | <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない 相談したことや指導を受けたこと () | |
| その他 | 集団生活を送る上で配慮が必要な点 | | |