

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5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		