

医療的ケア児に係る調査書

保護者氏名 _____

保護者住所 _____

記入年月日 年 月 日

対象児氏名			男 女	年 齢		生年 月 日		年 月 日
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／ ）						
		療育機関名（ ） 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）						
身長／体重		身長： cm 体重： kg （測定日： 年 月 日）						
コミュニケーション		☐ 会話（単語・二語文・文章） ☐ 絵カード ☐ 表情、しぐさ						
内 服 薬		☐ 無 ☐ 有（薬品名 内服時間 ）						
て ん か ん		☐ 無 ☐ 有（頻度 状況 ）						
アレルギー		☐ 無 ☐ 有（ ）						
運 動 機 能		定額（ ヶ月）寝返り（ ヶ月）座位（ ヶ月）這行（ ヶ月）						
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 ※普段の状況（ ）						
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 泄	尿	尿 意	☐ 無 ☐ 有					
		方 法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 導尿（ 回／日）					
	便	便 意	☐ 無 ☐ 有（ 回／日）使用中の薬剤（ ）					
		方 法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 浣腸（ 回／日） ☐ その他（ ）					

食 事	方 法 内 容	☐ 経 口	状 況 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
			内 容 ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ きざみ食
		☐ 経管栄養	種 類 ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう
			製品名 () カテーテルサイズ (F r)
			注入内容 ()
			注入量・回数 ()
			トラブル ☐ 無 ☐ 有 ()
			交換頻度 (1 回／)
	☐ I V H	薬剤名 ()	
	血糖値測定	☐ 無 ☐ 有	時 間 (時、 時、 時)
インスリン投与	☐ 無 ☐ 有	時 間 (時、 時、 時)	
呼 吸 管 理	気管切開	☐ 無 ☐ 有	カニューレ製品名 ()
			交換頻度 (1 回／)
			トラブル ☐ 無 ☐ 有 ()
	吸 引	☐ 無 ☐ 有	回 数 (回／時間)
			部 位 ☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管内
			カテーテルサイズ (F r)
	酸素吸入	☐ 無 ☐ 有	流量 (リットル／分) ☐ 経鼻 ☐ 気管内
	人 工 呼吸器	☐ 無 ☐ 有	種 類 ☐ 気管切開下 ☐ 非侵襲的 (☐ 鼻 ☐ 鼻・口)
			メーカー・機種：
			業 者 名： 緊急連絡TEL：
			モ ー ド：
			換気回数(f)：
			酸素濃度(FiO ₂)
			離 脱 ☐ 不可 ☐ 可 (分)
薬剤の 吸入	☐ 無 ☐ 有	使用薬液 ()	
出産時の状況	妊娠期間	(週 日)	
	体 重	() g	
	身 長	() cm	
	単・多	() 胎	
その他	集団生活を送る上で配慮が必要な点		