

年 月 日

東広島市長 様

保護者名：

住所：

電話番号：

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／ ）					
	療育機関名（ ）通所頻度（ 回／ ）					
	療育機関名（ ）通所頻度（ 回／ ）					
手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 知的障害者手帳（療育手帳）（ A ・A・ B ・B） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当（ 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	<input type="checkbox"/> 会話（単語・二語文・文章） <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情					
内 服 薬 【添付】処方箋の写	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬品名 内服時間 ）					
外 用 薬 【添付】処方箋の写	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬品名 内服時間 ）					
吸 入 薬 【添付】処方箋の写	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬品名 内服時間 ）					
貼 付 薬 【添付】処方箋の写	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬品名 内服時間 ）					
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（ ）					
運 動 機 能	定額（ か月） 寝返り（ か月） 座位（ か月） 這行（ か月）					

（裏面へ続く）

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 ※普段使用している物品（ ） ※普段よくしている姿勢（ ）	
	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（自走・介助・電動） <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"/> オムツ <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"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸（ 回/日） <input type="checkbox"/> その他（ ）
食 事	方 法 内 容	□ 経 口	状 況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
			内 容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		□ 経管栄養	種 類 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
			製品名（ ） カテーテルサイズ（ Fr）
			注入内容（ ）
			注入力・回数（ ）
	トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
	交換頻度（1回/ ）		
□ I V H	薬剤名（ ）		
血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間（ 時、 時、 時）	
インシュリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間（ 時、 時、 時）	
呼 吸 管 理	気 管 切 開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニューラ製品名（ ）
			交換頻度（1回/ ）
			トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）
	吸 引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回 数（ 回/時間）
部 位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内			
カテーテルサイズ（ Fr）			
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		