

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／ ）					
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： 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					
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（ か月） 寝返り（ か月） 座位（ か月） 這行（ か月）					
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 ※普段使用している物品（ ） ※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 泄	尿	尿 意	☐ 無 ☐ 有（ 回／日）			
		方 法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 導尿（ 回／日）			
			☐ その他（ ）			
	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（ ）				

（裏面へ続く）

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	□ ミキサー食	□ 流動食
		□ 経管栄養	種 類	□ 経鼻栄養	□ 胃ろう	□ 腸ろう		
			製品名（ ）	カテーテルサイズ（ Fr）				
			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	カニューラ製品名（ ）					
			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（ 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						