医療的ケアに係る調査票

（保護者→実施施設)

)

(様式６)

)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | | | 年　　　　月　　　日 | | | |
| 保護者名 | | | 保護者住所  電話（携帯電話等） | | | |
| 児童氏名  ふりがな | |  | | 男女 | 生年  月日 | 年　　　月　　　日  　　（　　　　　歳） |
| 診断名 | |  | | | | |
|  | | 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/　　） | | | | |
| 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/　　） | | | | |
| 訪問看護ステーション名（　　　　　　　　　　　　　）利用頻度（　　　回/　　） | | | | |
| 手帳の状況 | | □　身体障害者手帳　　　　　　　　　（　　級）  □　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：　　　　㎝　　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）　　□　指差し　　　　　□　表情 | | | | |
| 内服薬 | | □　無　　　□　有（薬剤名　　　　　　　　内服時間　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 癲癇 | | □　無　　　□　有（頻度　　　　　　　　　状況　　　　　　　　　） | | | | |
| アレルギー | | □　無　　　□　有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 運動機能 | | 定頸（　 か月）　寝返り（　 か月）　おすわり（　 か月）　はいはい（　 か月） | | | | |
| 姿勢・移動 | 姿勢の替え方 | □　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） | | | | |
| 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） | | | |
| 方法 | □トイレ　□オムツ  □浣腸（　　　回/　　日）使用薬剤（　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | | | |