第2号様式

医療的ケアに係る調査票

　八王子市医療的ケアを必要とする児童等に係る保育利用要綱第4条第2項の規定により、対象　　児童の医療的ケアに係る調査票を提出します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | 男女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 診　断　名 |  |
| 通院・療養の状況 | 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／ |
| 手帳等の状況 | □身体障害者手帳障害名：　　　　　　　　　　　　　（　　級）障害名：　　　　　　　　　　　　　（　　級）□愛の手帳　　　　　　　度□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 身長／体重 | 身長：　　　㎝　　　　　体重　　　　㎏　　（　　　　年　　月測定） |
| ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ | □会話（単語・二語文・文章）　　　□絵カード　　　　□表情 |
| 投　　薬 | □無　　　□有（薬品名　　　　　　　　　　　　）　朝・昼・夕 |
| てんかん | □無　　　□有（頻度　　　　　　　状況　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食物アレルギー | □無　　　□有　　卵・牛乳・小麦・その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| 運動機能 | 首のすわり（　　　か月）・寝返り（　　　か月）・座位（　　　か月）はいはい（　　　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 |
| 移　　動 | □自立　　□つかまり歩行　　□歩行器　　□バギー　　□車椅子□その他 |
| 排尿 | 尿 | 尿意 | □無　　□有（　　回／日） |
| 方法 | □トイレ　　□おむつ　　□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　　□おむつ　　□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　　　　□ペースト食　　□流動食　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| □経管栄養 | 種類　　□経鼻（胃管・十二指腸）栄養　□胃ろう　□腸ろう |
| 注入内容 |
| 注入量・回数（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 呼吸管理 | 気管切開 | □無　　　□有 |
| 吸　　引 | □無　　　□有 |
| 酸素吸入 | □無　　　□有 |
| 人工呼吸器 | □無　　　□有 |
| 薬剤の吸入 | □無　　　□有 |
| 出産時の状況 | 妊娠期間 | 　　　　　週　　　　　日 |
| 体　重 | 　　　　　　　　㎏ |
| 身　長 | 　　　　　　　　㎝ |
| 単・多 | 　単・多　胎 |
| その他 | 集団生活を送るうえで配慮が必要な点 |