* 保護者→高松市 (様式３)

令和　　年　　月　　日

医療的ケアを受ける児童の調査票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 電話番号 |  |
| 住所 |  |

（裏面へ続く）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 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／　　） |
| 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 | 首すわり（　　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（　　　　　　　　　　　） |
| 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　□ その他（　　　　　　　　　　　） |
| □ 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／　　　） |
| □ IVH | 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（　　　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 |