

医療的ケアを受ける児童の調査票

ふりがな 保護者氏名		電話番号	
住 所			
ふりがな 児童名	男 女	年 齢	歳
診 断 名	生年 月 日	年	月 日 生
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	<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	<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	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	<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 ()

(裏面へ続く)

食 事	方 法 内 容	<input type="checkbox"/> 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 ()
		<input type="checkbox"/> 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 ()
			注入量・回数 ()
トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
<input type="checkbox"/> I V H	交換頻度 (1回 /)		
血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬 剤 名 ()	
	<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	カニューレ製品名 ()
			交換頻度 (1回 /)
	吸 引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
			回 数 (回 / 時間)
出 産 時 の 状 況			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)
	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	