医療的ケアに係る調査票

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （あて先）益城町長　殿 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 保護者の住所 | | | | | 保護者氏名  電話 | | | | |
| 益城町医療的ケア児の保育施設受入れガイドラインの規定により、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）  □ 療育手帳　　　　　　　　　 （Ａ・Ｂ）（A１・A２・B１・B２）  □ 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 | | 定頚（　　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　□ 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） | | | | | | |
| 酸素  吸入 | □ 無  □ 有 | 流　量（　　　㍑／分）　□ 経鼻　　□ 気管内 | | | | | | |
| 人工  呼吸器 | □ 無  □ 有 | 種　類　□ 気管切開下　□ 非侵襲的（□ 鼻　□ 鼻・口） | | | | | | |
| メーカー・機種： | | | | | | |
| 業者名： | | | | | | |
| モード： | | | | | | |
| 換気回数(f)： | | | | | | |
| 酸素濃度(FiO2)： | | | | | | |
| 離　脱　□ 不可　　□ 可（　　　分） | | | | | | |
| 薬剤の  吸入 | □ 無  □ 有 | 使用薬液（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |