医療的ケアに係る調査票

No３

|  |  |
| --- | --- |
| （あて先）　　　　　　　　区・市・町・村長 | 令和　　 年　　　月　　　日 |
| 保護者の住所 | 保護者氏名  電話　①  　　　② |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 | |  | | | 男女 | 年齢 | 歳 | | 生年月日 | | 平成・令和　　　年  月　　　日 |
| 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／　) | | | | | | | | | |
| 医療機関名(　　　　　　　　　)診療科(　　　　　　　　)通院頻度(　　　回／　) | | | | | | | | | |
| 関係機関 | |  | | | | | | 家族  構成 | |  | |
| 身長／体重 | | 身長：　　　　　　ｃｍ　体重：　　　　　　ｋｇ　(測定日:令和　　年　　月　　日) | | | | | | | | | |
| 食事 | |  | | | | | | | | | |
| コミュニケーション | | □会話(単語・二語文・文章)　　□絵カード　□表情　□その他(　　　　　　　　) | | | | | | | | | |
| 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 | | 定頸(　　か月)　寝返り(　　か月)　座位(　　か月)　歩行(　　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） | | | | | | | | |
| 方法 | * トイレ　　□　オムツ　　□　浣腸（　　回／日） * その他（　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| その他特記すべき事 | |  | | | | | | | | | |