

医療的ケア児の聞き取り調査票

1. 対象者

(ふりがな) 児童の氏名	性別	生年月日 (年齢)						
	男 女	年	月	日	(年 月 日現在 : 歳)			
保護者氏名	続柄							
住所	TEL ① ②							
入園希望施設	第1希望 :							
	第2希望 :							
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで							
利用希望曜日	月 火 水 木 金							
利用希望時間	時 分 ~ 時 分							
療育やリハビリ等の利用はありますか								
<input type="checkbox"/> 有 (箇所) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 今後予定								
有の場合: ①施設名 () 利用日: 曜日: 時間: 時 分 ~ 時 分								
有の場合: ②施設名 () 利用日: 曜日: 時間: 時 分 ~ 時 分								
同居家族	氏名	続柄	生年月日			年齢	性別	勤務先・学校名等
			年	月	日		男・女	
			年	月	日		男・女	
			年	月	日		男・女	
			年	月	日		男・女	
障がい手帳をお持ちですか。								
<input type="checkbox"/> 身体障がい児手帳: <input type="checkbox"/> 今後申請 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 療育手帳: <input type="checkbox"/> 今後申請 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳: <input type="checkbox"/> 今後申請 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級								
保育所等における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、主治医の確認を得ていますか。								
1. 主治医が、対象児童が保育所において保育及び医療的ケアを受けることが可能であると判断すること <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 未確認								
2. 主治医(医療機関) が、医療的ケアの手技を施設の担当看護師に指導すること <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 未確認								
保育所等における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、同意しますか。								
1. 病状や医療的ケアに関する情報(主治医の意見や健康状態の変化等) を保育所等と十分に共有すること <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
2. 医療的ケアに必要な機材・器具及び衛生用品等を不足のないように毎日持参し持ち帰り、準備、点検及び整備を行うこと <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
3. 保育所等において保育及び医療的ケアを実施するにあたり、物品の借用、費用の負担及び付き添いをお願いすることがあること <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								

2. お子さまについて

お子さまの病名を教えてください。		()
アレルギーはありませんか。		<input type="checkbox"/> 有 内容：食物 () :その他 () <input type="checkbox"/> 無
かかりつけ医を教えてください。		(病院名：) 医師名：)
受診日		<input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月毎 <input type="checkbox"/> 半年ごと <input type="checkbox"/> 1年ごと
近くのかかりつけ医がありますか。		<input type="checkbox"/> 有 (病院名：) 医師名：) <input type="checkbox"/> 無
相談している保健師さんがいらっしゃいますか。		<input type="checkbox"/> いる 担当保健師名：) <input type="checkbox"/> いない
相談している相談専門支援員さんがいらっしゃいますか。		<input type="checkbox"/> いる (相談専門支援員名：) <input type="checkbox"/> いない
飲んでいる・使用している、お薬がありますか。		<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> 臨時使用
食べている食事について		
種類	<input type="checkbox"/> 離乳食 (・初期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 刻み食	
食べ方	<input type="checkbox"/> お口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 腸ろう	
回数	<input type="checkbox"/> 回/日 (時 時 時 時 時 時) <input type="checkbox"/> ml/1回 <input type="checkbox"/> 1回の所要時間 分くらい	
酸素吸入を使用していますか。		
<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> カニューラ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他)		
吸引をされていますか。		
1日何回くらい <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 口の中 <input type="checkbox"/> 鼻から <input type="checkbox"/> 気管カニューレ) 最高 くらい 最低 くらい		
尿・便について		
<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 管から 回/日 <input type="checkbox"/> 人工肛門		
きれいについて		
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ある場合 (一日何回くらいありますか 回) (持続時間は <input type="checkbox"/> 2,3秒 <input type="checkbox"/> 10秒くらい <input type="checkbox"/> 30秒くらい <input type="checkbox"/> 1分以上) (回数は <input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 2, 3回 <input type="checkbox"/> 繰り返す) (対処方法は <input type="checkbox"/> 何もしない <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 座薬使用 <input type="checkbox"/> 救急車要請)		
発達		
首が座った時期 (ヶ月) <input type="checkbox"/> まだ 寝返り (ヶ月) <input type="checkbox"/> まだ はいはい (ヶ月) <input type="checkbox"/> まだ つかまり立ち (ヶ月) <input type="checkbox"/> まだ 歩き始めた (歳 ヶ月ごろ)		
移動		
<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車いす(自走 手伝う 電動) <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> その他		
体を支えるために何か使用していますか。		
<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用している ()		
お子さまが好きな事は何ですか。		
<input type="checkbox"/> 音楽 <input type="checkbox"/> 人の話し声 <input type="checkbox"/> 食べる事 <input type="checkbox"/> 体を動かされている時		
その他、特に配慮するところがあればお書きください。		
記入者：氏名 続柄：		