

別紙

医療的ケア児に係る聞き取り調査票

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		
保護者氏名	続柄	(年 月 日現在： 歳)				
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。						
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。						

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)					
	<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
けいれんについて	<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 (月) <input type="checkbox"/> まだ 寝返り (月) <input type="checkbox"/> まだ はいはい (月) <input type="checkbox"/> まだ つかまり立ち (月) <input type="checkbox"/> まだ 歩き始めた (歳 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：	