* 保護者→幼保運営課

(様式３－表）

　宛

　　　　　年　　月　　日

**医療的ケアを受ける幼児の調査票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 電話番号 |  |
| 住 所 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　 |  | 男　女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 　　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/ ） |
| 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　）□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：　　　　　㎝　　　体重　　　　　　㎏　（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　 □ 言語理解
 |
| 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 | 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 | □　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　(回数　　回/日) |
| 方法 | □ トイレ　　□ オムツ　　□ 導尿(回数　　回/日)□ その他　 |
| 便 | 便意 | □無　　　 　□ 有　(回数　　回/日) 使用中の薬剤（　　　　　） |
| 方法 | □ トイレ　　□ オムツ　　□ 浣腸(回数　　回/日)□ その他　 |

（裏面へ続く）

(様式３－裏）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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　　　□鼻腔　　□ 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/日） |
| 部位　　□ 口腔内　　□ 鼻腔内　　□ 気管内 |
| カテーテルサイズ(　　　　　　Fr)　　　 |
| 出産時の状況 | 妊娠期間 | （　　　　週　　　　日） |
| 体　重 | （　　　　　　　　）ｇ |
| 身　長 | （　　　　　　　　）ｃｍ |
| 単・多 | （　　　　　　　　）胎 |
| その他 | 集団生活を送るうえで配慮が必要な点 |