

# 医療的ケア児童利用事前相談・状況書

年4月1日現在

保護者氏名	住所		〒		
	電話番号				
保護者 保育を必要とする事由	父	就労 就学 求職 疾病・障がい 介護・看護 災害復旧 その他( )			
	母	就労 就学 求職 疾病・障がい 介護・看護 妊娠・出産 災害復旧 その他( )			
(ふりがな) 児童氏名	性別		男・女	生年月日	年 月 日
診断名					
主治医					
入退院の経過及び今後の入退院の予定					
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/
	訪問看護ステーション名			利用頻度	回/
	療育施設			通所頻度	回/
障害者手帳の有無 (無・有・申請中) 有・申請中は下段の手帳欄を記入し、「有」の場合はコピーを添付してください					
特別児童扶養手当 受給の有無(無・有・請求中) (有の場合手当の等級 1級・2級)					
手帳等の状況	身体障害者手帳 (1級・2級・3級・4級・5級・6級・7級) (障害種別: )				
	療育手帳 (A1・A2・B1・B2)				
	精神障害者保健福祉手帳 (1級・2級・3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・会話ができる)(その他 ) 絵カード 表情				
投薬	内服薬 無 有	薬品名(内服時間) 注射( ) お薬手帳写し添付			
てんかん (痙攣等)	無 有(頻度 状況 )				
アレルギー	無 有( )				
運動機能	・首のすわり( か月) ・寝返り( か月) ・座位( か月) ・はいはい( か月) ・始歩( か月)				
補装具使用等	無 有				

出産時の状況	妊娠期間	週 日	
	体重	kg	
	身長	cm	
	単・多	単・多胎	
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 普段よくしている姿勢( ) 首が座っている 腹ばいができる 寝返りがうてる 支えれば座れる ひとり座りができる	
移動	自立 つかまり歩行 歩行器 バギー 車椅子 その他 ずり這い 四つ這い 抱っこ 歩行可		
食事	方法内容	経口	状況 自立 一部介助 全介助 食具 手づかみ スプーン フォーク 箸 内容 普通食 軟食 きざみ食 ペースト食 流動食 その他( )
		経管栄養	種類 経鼻(胃管・十二指腸)栄養 胃ろう 腸ろう
			注入内容
	注入量・回数( )		
	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)
	排泄	尿	尿意
方法			トイレ オムツ 導尿( 回/日) 導尿(自己導尿の補助) その他( )
便		便意	有 なし
		方法	トイレ オムツ 浣腸 摘便 ストーマ ガス抜き その他( ) ( 回/日)・使用中薬剤( )
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	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)		
その他	集団生活を送る上で配慮が必要な点		