様式１（保護者→市）

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

医療的ケア児状況票兼申込書

保護者欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住 所 |  | | |
| 氏 名 |  | 連絡先 |  |

児童欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童名 | | 男  　　　　　　　 　　　　 女 | | | | | | | 生年  月日 | 年　月　日 | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | |
| 主治医 | | 氏名  住所  電話番号 | | | | | | | 医療機関・診療科 | | |
| 通院先 | | 1. | | | | | | | 頻度 | 回／ | |
| 2. | | | | | | | 頻度 | 回／ | |
| 3. | | | | | | | 頻度 | 回／ | |
| 手帳等 | | □身体障害者手帳 | | | | | | | | | |
| □療育手帳 | | | | | | | | | |
| □精神障害者保健福祉手帳 | | | | | | | | | |
| □小児慢性疾患事業 | | | | | | | | | |
| 家庭での医療的  ケア実施者 | | | | □保護者  □訪問看護  （ステーション名　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 医療的ケアの開始時期 | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 身長cm | |  | | 体重kg | |  | | 測定年月 | | 年 月 |
| 投薬 | | □有  □無 | | お薬名 | | |  | | | | |
| 内服時間 | | |  | | | | |
| 排泄 | | 尿 | 尿意 | □有　□無 | | | | | | | |
| 方法 | □トイレ　□オムツ　□導尿  □その他（　　　　　） | | | | | | | |
| 便 | 便意 | □有　□無 | | | | | | | |
| 方法 | □トイレ　□オムツ　□浣腸　□摘便  □ストーマ　□その他（　　　　　） | | | | | | | |
| 自宅での  医療的ケアの内容 | 項　目 | | | | 具体的な実施方法（回数など） | | | | | | |
| □ 喀痰吸引 | | | |  | | | | | | |
| □ 経管栄養 | | | |  | | | | | | |
| □ 導尿 | | | |  | | | | | | |
| □ インスリン注射 | | | |  | | | | | | |
| □ その他 | | | |  | | | | | | |
| お子様の状態 | □ 一人で座位がとれる  □ 一人で移動ができる  □ ことば、手振り等で意思の疎通ができる  □ 朝、昼、夕など時間の定まった医療的ケアが必要である  □ 医療器具の故障や身体から外れた等の事故が生じたとしても、  直ちに生命への危険はない | | | | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | | |