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 |  |