

医療的ケア児調査票

記入日: 年 月 日

(ふりがな) 児童名	性別	男・女	生年月日	年 月 日 生		
				歳 か月		
診断名						
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/
	医療機関名		診療科		通院頻度	回/
	療育機関名		診療科		通院頻度	回/
	訪問看護ステーション名				通所頻度	回/
	その他利用施設				通所頻度	回/
医療的ケア の具体的内容						
服薬状況	服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	【薬品名】	【服用時間】	【服用方法】		
姿勢・移動	姿勢の 変え方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(一部・全部) ※介助時の注意点()				
	姿勢の 保ち方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要(普段よくしている姿勢:) (普段使用している物品:) (運動機能) <input type="checkbox"/> 首が座っている <input type="checkbox"/> 腹ばいができる <input type="checkbox"/> 寝返りがうてる <input type="checkbox"/> 支えれば座れる <input type="checkbox"/> ひとり座りができる				
	移動	<input type="checkbox"/> ずり這い <input type="checkbox"/> 四つ這い <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()				
食事 並びに 栄養	<input type="checkbox"/> 経口	経口摂取	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可			
		誤嚥の有無	<input type="checkbox"/> 有(よくある・時々ある・まれにある) <input type="checkbox"/> 無			
		内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他()			
	食事摂取の際の留意点()					
	水分補給の際の留意点()					
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	種類	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう			
注入内容		()				
方法		<input type="checkbox"/> イリゲーター <input type="checkbox"/> シリンジ <input type="checkbox"/> その他()				
1日の回数		()				
1回の注入量・時間		()				
<input type="checkbox"/> 環境	食事の姿勢	<input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> いす(座位保持装置・幼児用いす) <input type="checkbox"/> その他()				
	食事の注意事項()					
<input type="checkbox"/> 血糖値測定	<input type="checkbox"/> 有(時間: 時、 時、 時)		<input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> インスリン投与	<input type="checkbox"/> 有(時間: 時、 時、 時)		<input type="checkbox"/> 無			
排泄	尿	尿意	<input type="checkbox"/> 有(回/日) <input type="checkbox"/> 無			
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿(回/日) <input type="checkbox"/> 導尿(自己導尿の補助) <input type="checkbox"/> その他()			
	便	便意	<input type="checkbox"/> 有(回/日) <input type="checkbox"/> 無			
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他()			

※ 裏面もご記入ください

