第２号様式（第４条第２項第１号関係）

医療的ケアに係る調査票

|  |  |
| --- | --- |
| （あて先）京都市長 | 年　　　月　　　日 |
| 記入の際は、別紙の記入例を御参照ください。 | 保護者氏名 |

（裏面へ続く）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 京都市医療的ケアを必要とする児童に係る保育利用要綱第４条第２項第１号の規定に  より、対象児童の医療的ケアに係る調査票を提出します。 | | | | | | | |
| 児童名 | | ふりがな | | | | 生年  月日 | 年 　　月　 日 |
|  | | | |
| 通院・療育  の状況  （往診・かかりつけ医含む） | | 医療機関（　　　　　　　　　　）診療科（　　　　　　）通院頻度（　　回／　　 ） | | | | | |
| 医療機関（　　　　　　　　　　）診療科（　　　　　　）通院頻度（　　回／　　 ） | | | | | |
| 医療機関（　　　　　　　　　　）診療科（　　　　　　）通院頻度（　　回／　　 ） | | | | | |
| 訪問看護（　　　　　　　　　　　　　　　　）利用頻度（　　回／ ・ 　 ） | | | | | |
| 療育・リハビリ（　　　　　　　　　　　　 ）通所頻度（　　回／ 　・　　　　） | | | | | |
| 療育・リハビリ（　　　　　　　　　　　　　 ）通所頻度（　　回／ 　・　　　　） | | | | | |
| その他（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　） | | | | | |
| 手帳等の  取得状況 | | □ 身体障害者手帳（　　級／障害名：　　　　　　　　　　　　 ）  □ 知的障害者手帳（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）  □ 小児慢性特定疾病医療費助成 | | | | | |
| 出産時の状況 | | 妊娠期間（　　　週　　　日） | | | | | |
| 身長（　　　　　）cm　体重（　　　　　）g | | | | | |
| 既往歴／手術歴 | |  | | | | | |
| 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　） 　□ 絵カード　　 □ 表情 | | | | | |
| 服薬状況 | | □ 無　　　□ 有※ 保育時間外含め、服薬がある場合は、処方箋等を併せて御提出ください。  （薬品名：　　　　　　　　 　 時間：　　 　　　　　　　　 　） | | | | | |
| てんかん | | □ 無　　　□ 有 （頻度：　　　回／　　対応等：　 　　　　 　　　　） | | | | | |
| アレルギー | | □ 無　　 □ 有 （品目：　　　　　　 対応等：　　　　　　 　　 ） | | | | | |
| 運動機能 | | 定頚（　　か月）　 寝返り（　　か月）　座位（　　か月）　這行（　　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　意 | □ 無　 □ 有 | | | | | |
| 方　法 | □ トイレ（　　 回／日）　 □ オムツ（　　　　回／日）  □ 導尿 （　　 回／日・時間：　　　　　　） □ その他（　 　　） | | | | | |
| 便　意 | □ 無　 □ 有 | | | | | |
| 方　法 | □ トイレ（　 回／日） □ オムツ（　 　回／日）  □ 浣腸 （ 回／日） 使用中の薬剤・量（　　　　　　　　　　　 　 ）  □ その他（　　　　　　　　 　　 　） | | | | | |
| 食　事 | * 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　□ 経鼻栄養　　 □ 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（　　 　　　　 ） | | | | | |
| 交換頻度（１回／　　・　　　）　 交換者（　　　　 ） | | | | | |
| トラブル　□ 無　　　 □ 有（　　　 　　 　　 　） | | | | | |
| □ ＩＶＨ | 薬剤名（　 　　　　　　　 　 　）実施時間（ 　　　　　　 　 　） | | | | | |
| 血糖管理 | 血糖測定 | □ 無 □ 有 | | （ ＳＭＢＧ ・ ＣＧＭ ・ ＦＧＭ　）（時間：　　　　　　　 ） | | | |
| インスリン投与 | □ 無 □ 有 | | （ 注射 ・ ポンプ ）（時間：　　　　　 　　　　 　　　 ）  （ 薬品名・量：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 変動時の対応 | □ 無 □ 有 | | （高血糖時：　　　　　　　 ）（低血糖時：　 　　　　　 ） | | | |
| 呼吸管理 | 酸素飽和度 | 平常時SpO2（　　 　）％ | | | 測定　□ 無 □ 有（ 常時 ・ 定時: 　　 ） | | |
| SpO2低下時の対応（　　）％以下で（　　　　　　　　　 　　 　） | | | | | |
| 気管切開 | □ 無  □ 有 | カニューレ製品名（　　　　　　　　　 ）サイズ（　　　　 ） | | | | |
| 交換頻度（１回／　　　） 交換者（　　　　　　 ） | | | | |
| トラブル　□ 無　　 □　有（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 吸引 | □ 無  □ 有 | 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） | | | | |
| 酸素  吸入 | □ 無  □ 有 | 流　量（　　　㍑／分）　□ 経鼻／マスク　　 □ 気管内 | | | | |
| 人工  呼吸器 | □ 無  □ 有 | 種　類　□ 気管切開下　 □ 非侵襲的（ □ 鼻　 □マスク ） | | | | |
| メーカー・機種（　　　　　　　　）業者名（　　　　　　　　　） | | | | |
| モード：（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 換気回数(f)：（　　　　　　　）酸素濃度(FiO2)：（　　　　　　） | | | | |
| 離　脱　□ 不可　　 □ 可（　　　分程度） | | | | |
| 薬剤の  吸入 | □ 無  □ 有 | 薬液名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | |
| その他 | | 集団生活を送る上で配慮が必要な点 | | | | | |