

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

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	年 月 日
		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－		☐ 無 ☐ 有 (品目 : 対応等 :)	
運 動 機 能		定 額 (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 ()	

(裏面へ続く)

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 ☐ 普通食 ☐ 軟食 ☐ きざみ食 ☐ ミキサー食 ☐ 流動食 ☐ その他
		内容	
	☐ 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 ()
	☐ I V H	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SpO ₂ () % 測定 ☐ 無 ☐ 有 (常時・定時:)	
		SpO ₂ 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 (リットル/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(FiO ₂): ()			
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		