

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
保護者の住所	保護者氏名
	電話

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	男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
診 断 名					
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 ()	通所頻度 (回 /)			
手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 知的障害者手帳 (療育手帳) (A・B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (級)				
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	<input type="checkbox"/> 会話 (単語・二語文・文章) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情				
内 服 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 内服時間)				
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度 状況)				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
運 動 機 能	定頸 (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	<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 ※普段使用している物品 () ※普段よくしている姿勢 ()			
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助・電動) <input type="checkbox"/> その他			
排 泄	尿	尿 意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回 / 日)		
		方 法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 (回 / 日) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	便	便 意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回 / 日) 使用中の薬剤 ()		
		方 法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸 (回 / 日) <input type="checkbox"/> その他 ()		

(裏面へ続く)

食 事	方 法 内 容	<input type="checkbox"/> 経 口	状 況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内 容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	種 類 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 () カテーテルサイズ (Fr) 注入内容 () 注入量・回数 () トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 交換頻度 (1回 /)		
			<input type="checkbox"/> I V H	薬剤名 ()	
			血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 時 間 (時、 時、 時)	
			インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 時 間 (時、 時、 時)	
呼 吸 管 理	気 管 切 開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニューレ製品名 () 交換頻度 (1回 /) トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
		吸 引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回 数 (回 / 時間) 部 位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ (Fr)	
			酸 素 吸 入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	流 量 ($\frac{\text{リットル}}{\text{分}}$ / 分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内
	人 工 呼 吸 器		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種 類 <input type="checkbox"/> 気管切開下 <input type="checkbox"/> 非侵襲的 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻・口) 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 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (分)	
		薬剤の吸入		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 使用薬液 ()	
		出産時の状況		妊 娠 期 間	(週 日)
				体 重	() g
身 長	() cm				
単 ・ 多	() 胎				
そ の 他	集団生活を送る上で配慮が必要な点				