第２号様式（第４条第２項第１号関係）

**記入例**

医療的ケアに係る調査票

|  |  |
| --- | --- |
| （あて先）京都市長 | **令和 Ｘ** 年 **ＸＸ** 月 **ＸＸ** 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 | **令和　Ｘ**　年  **Ｘ** 月　**Ｘ** 日 |
| **○○　○○** | | | |
| 通院・療育  の状況  （往診・かかりつけ医含む） | | 医療機関（ **○○△△病院**　）診療科（**小児科・小児外科**）通院頻度（**１回／月・●曜**） | | | | | |
| 医療機関（ **△△□□病院** ）診療科（　**在宅診療**　）通院頻度（　**１回／週・●曜** ） | | | | | |
| 医療機関（ **□□××クリニック** ）診療科（**小児科・内科**）通院頻度（**感冒時、予防接種など** ） | | | | | |
| 訪問看護（ **×○訪問看護ステーション** ）利用頻度（ **２回／週・●曜：体調確認、●曜：ＳＴ** ） | | | | | |
| 療育・リハビリ（　**児童発達支援○○△△**　）通所頻度（　**２回／月・●曜**　） | | | | | |
| 療育・リハビリ（　**△△□□医療センター** ）通所頻度（　**１回／月・●曜**　） | | | | | |
| その他（ **□□××訪問看護ステーション、１回／週・** **●曜**　 　） | | | | | |
| 手帳等の  取得状況 | | ☑ 身体障害者手帳（　**３**級／障害名：**肢体不自由、●●障害**  ）  ☑ 知的障害者手帳（療育手帳） （Ａ・）**←更新中**  □ 精神障害者保健福祉手帳　　 （　　級）  **※　申請中のものも含め、**  **記載をお願いいたします。**  ☑ 特別児童扶養手当**←申請予定** （　　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 | | **※　感染症含む既往、入院、手術歴など記載をお願いします。** | | | | | |
| 身長／体重 | | 身長　**●●.●** ｃｍ　体重　**●.●**ｋｇ　（　測定日 ： **令和 Ｘ** 年 **ＸＸ**月**ＸＸ**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：①●●● ②●●● 時間：**①昼食後 ②必要時　※保育時間外は別紙参照。** ） | | | | | |
| てんかん | | □ 無　　　☑ 有 （頻度：　**１**回／**年**　対応等：**意見書のとおり**　　　　　） | | | | | |
| アレルギー | | □ 無　　 ☑ 有 （品目：　**乳**　対応等：**完全除去、症状発現時与薬**　　 ） | | | | | |
| 運動機能 | | 定頚（　**３**か月）　寝返り（　**６**か月）　座位（　**７**か月）　這行（**１０**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（　 　　　　　　　　　　 　 　）   **※　装具など使用しているものがあれば、記載してください↓**  **。** | | | | | |
| 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（　**座位保持椅子** 　）  ※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（　**５**　回／日）  □ 導尿 （ 　回／日・時間：　　　　　　　　 ）☑ その他（**腎ろう管理**） | | | | | |
| 便　意 | ☑ 無　 □ 有 | | | | | |
| 方　法 | □ トイレ（　 　回／日） ☑ オムツ（　**１**　回／日）  ☑ 浣腸 （**１** 回／日）使用中の薬剤・量（**夜までに排便なければ、グリセリン浣腸●ml**）  ☑ その他（　**ガス抜き（ 食前、ネラトンカテーテルにて ）**  　　 ） | | | | | |
| 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**※おやつ時・寝る前160ml**  　　　　☑ ミキサー食 □ 流動食 ☑ その他**（ミルク1０0ml）** | | | | | |
| ☑ 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（**ミルク、栄養剤**）注入量・回数（**経口摂取の残り＋栄養剤100ml、朝昼夜**） | | | | | |
| 交換頻度（１回／**２週**・**日曜**）　 交換者（　**両親** ） | | | | | |
| トラブル　□ 無　　　 ☑ 有（ **自己抜去（月１回程度）** ） | | | | | |
| □ ＩＶＨ | 薬剤名（　 　　　　　　　 　 　）実施時間（ 　　　　　　 　 　） | | | | | |
| 血糖管理 | 血糖測定 | □ 無 ☑ 有 | | （ ＳＭＢＧ・ＣＧＭ・ＦＧＭ）（**２時間ごと＋食事・おやつ前＋必要時** ） | | | |
| インスリン投与 | □ 無 ☑ 有 | | （ 注射 ・ ポンプ ）（時間：**食前、高血糖時。**  ）  （ 薬品名・量：**●●●●●・１単位、ポンプトラブル時：ペン打ち** ） | | | |
| 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（**98～100**）％ | | | 測定 □ 無 ☑ 有（常時・定時: **睡眠時、チアノーゼ時児** 　 ） | | |
| SpO2低下時の対応（**９３**）％以下で（ **●Ｌまで酸素増量**　　　　 ） | | | | | |
| 気管切開 | □ 無  ☑ 有 | カニューレ製品名（ **●●カニューレ（カフあり）** ）サイズ（ **●mm** ） | | | | |
| 交換頻度（１回／**２週**） 交換者（　　**両親**　　 ） | | | | |
| トラブル　□ 無　☑　有（**のけ反り脱落する可能性あり（１回／年程度）** ） | | | | |
| 吸引 | □ 無  ☑ 有 | 回　数（　**１**回／時間）**← その他喘鳴等あれば適宜実施。** | | | | |
| 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（ **0.25** 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)：（　 **●●回**　）酸素濃度(FiO2)：（　**●●％**　） | | | | |
| 離　脱　□ 不可　　 ☑ 可（　**60**分程度） | | | | |
| 薬剤の  吸入 | □ 無  ☑ 有 | 薬液名（　**●●●●●●●　※　体調不良時、家庭のみ。** ） | | | | |
| その他 | | 集団生活を送る上で配慮が必要な点  **・下肢装具使用中。（午睡、プールなど状況によって外して可。）**  **※　その他、補聴器など必要なものがあれば記載してください。**  **。** | | | | | |