

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 ○○ ○○○

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 令和 X 年 月 日 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	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (3級/障害名: 肢体不自由、●●障害) <input checked="" type="checkbox"/> 知的障害者手帳 (療育手帳) (A・ B) ←更新中 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input checked="" type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 ←申請予定 (級) <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 会話 (単語 二語文 ・文章) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情
服薬状況	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (頻度: 1回/年 対応等: 意見書のとおり)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (品目: 乳 対応等: 完全除去、症状発現時と薬)
運動機能	定頸 (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
	姿勢の 保ち方
移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 () <input type="checkbox"/> 自立 ※ 装具など使用しているものがあれば、記載してください↓ <input checked="" type="checkbox"/> 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 () <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" 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	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ (回/日) <input checked="" type="checkbox"/> オムツ (5 回/日) <input type="checkbox"/> 導尿 (回/日・時間:) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (腎ろう管理)	
	便意	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ (回/日) <input checked="" type="checkbox"/> オムツ (1 回/日) <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ガス抜き (食前、ネラトンカテーテルにて))	
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 経口	状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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※おやつ時・寝る前 160ml <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (ミルク 100ml)
	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養	種類	<input checked="" 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 (ミルク、栄養剤) 注量・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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (自己抜去 (月1回程度))
	<input type="checkbox"/> I V H	薬剤名 ()	実施時間 ()
	血糖測定	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (SMBG CGM FGM) (2時間ごと+食事・おやつ前+必要時) <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (高血糖時:) (低血糖時:)	
呼吸管理	酸素飽和度	平常時SpO ₂ (98~100) % 測定 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (常時 定時 睡眠時、チアノーゼ時) SpO ₂ 低下時の対応 (93) % 以下で (●L まで酸素増量)	
	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (のけ反り脱落する可能性あり (1回/年程度))
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	回数 (1回/時間) ← その他喘鳴等あれば適宜実施 。 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input checked="" type="checkbox"/> 鼻腔内 <input checked="" type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ (● Fr)
	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	流量 (0.25 リットル/分) <input type="checkbox"/> 経鼻/マスク <input checked="" type="checkbox"/> 気管内
	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	種類 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開下 <input type="checkbox"/> 非侵襲的 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 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(FiO ₂): (●●%) 離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input checked="" type="checkbox"/> 可 (60 分程度)
	薬剤の吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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。	