# 　　　　(様式１)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療的ケア問診票

記入日 年 月　　 　日

記入者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | フリガナ | 　　男女 | 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生　　　　　　　　　　　　（　　　　　歳　　　　　　ヶ月） |
|  |
| 保護者　氏名 |  | 続柄 |  |
| 現住所 |  | TEL | 1.
 |
| 同居家族 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 性別 | 勤務先・学校名等 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 第１希望園　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | （見学　有・無） | 第２希望園　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　（見学　有・無） |
| 第3希望園 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 （見学 有・無） | 第４希望園 |  （見学　有・無） |
| 育休終了日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日まで |
| 診断名 |  |
| 通院状況① | 医療機関名 | 診療科 | 先生　　　　　　　　　　通院頻度　　　　回／月　・　週　　　　　　　　　　　　 |
| 通院状況② | 医療機関名 | 診療科 | 　　　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通院頻度　　　　回／月　・　週　　　 |
| 通院状況③ | 医療機関名 | 診療科 | 　　　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　通院頻度　　　　回／月　・　週　　　 |
| 療育状況① | 療育機関名 | 内容 | 通所頻度　　　　回／月　・　週個別　・集団 |
| 在宅サービス利用状況 | サービス名（例：訪問看護、リハビリ等） | 事業所名 | 利用頻度　　　　回／月　・　週　　　　　　連絡先　　 |
| 在宅サービス利用状況 | サービス名（例：訪問看護、リハビリ等） | 事業所名 | 利用頻度　　　　回／月　・　週　　　　　　連絡先　　 |
| 手帳の状況 | 　身体障がい者手帳　　　　　　　　　　　　　　あり（　　　　　　　　　　　　　　級　）・なし　・申請中（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　療育手帳　　　申請中・あり・なし　通所受給者証　　　申請中・あり・なし |
| 出生時の状況 | 出生体重　　　　　　　　ｇ　　身長　　　　　　　　ｃｍ　　　　　出生週数　　　　　　週 |
| 現在の状況 | 体重　　　　　　 　g　 身長　　　　　　 　ｃｍ　 |
| 健康診断 | 1歳6カ月児健康診査 | 受けている　　　　　受けていない　　　　相談したことや指導を受けた事　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　 |
| 3歳児健康診査 | 受けている　　　　　受けていない　　　　相談したことや指導を受けた事　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事 | 食事形態 | 1　離乳食　（初期・中期・後期）　　２　普通食　　３　母乳　　４　ミルク　　５　混合　６　ミキサー食　　５　ペースト食　６　刻み食　　７　チューブから注入 |
| 食事方法 | １ 食べさせてもらう ２ 手づかみで食べる ３ 自分でスプーンやフォークを使って食べる4 コップを使うことができる ５ ストローマグを使うことができる　６　注入 |
| 注入（注入の方は記入してください） | 　注入内容：　注入回数：　　　　　回／日　(　　　　時　　　　　時　　　　　時　　　　　　　時　　)　1回の注入量：　　　　　　　ｍｌ／回　　　　　1回の所要時間　　　　　　　　　　　分位　注入方法：　注入ポンプ　　手動で滴下　　　シリンジ注入　 |
| むせの様子 | 食事中、食後のムセはありますか　　（　ない　　　　　時々ある　　　　　ある　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 痰の様子 | 食事中、食後痰の増強はありますか　　（　ない　　　　　　時々ある　　　　　　ある　　　　　　） |
| 嘔吐について | 嘔吐しやすいか　（　ない　　　　時々ある　　　　ある　）どのような時嘔吐しますか　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食物アレルギー | ない ・ ある （ 卵 ・ 牛乳 ・ 小麦 ・ 大豆 ・ その他 （ ） |
| 食物以外の　アレルギー | ない ・ ある　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 嗜好 | 偏食 ない ・ ある 好きなもの （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）嫌いなもの（ ） |
| 排泄 | １ おむつを使っている２ おむつを使っているが、出ると言葉や仕草で知らせることがある３ 誘うとトイレに行くが、手伝いが必要４ トイレに行きたくなると知らせる５ 失敗することもあるが、トイレで排泄する |
| 着脱 | １ 大人が衣服の着脱を行っている２ 手伝えば自分で手足を動かし、衣服を着脱しようとする３ 自分で衣服を着脱しようとする４ 簡単な衣服の着脱ができる |
| 言語 | １ 話しかけると声を出し、応えようとする２ 要求を声や指差し・手差しで表現する３ 意味のある言葉（マンマ・バイバイ・ワンワン等）を話す４ 二語文（ワンワン キタ等）を話す５ 会話でやりとりができる |
| 運動機能 | １ 首すわり （ か月頃 ） ２ 寝返り （ か月頃 ） ３ はいはい （ か月頃 ）４ 支えがあれば座る （ か月頃） ５ 支えなしで座る （ か月頃）６ つかまり立ち（ か月頃 ） ７ つたい歩き（ か月頃 ） ８ 一人歩き（ か月頃 ） |
| 情緒 | １ あやすと笑う （ か月頃 ）２ 人見知り （ か月頃 ）３ 指差し・手差し （ か月頃 ） |
| 身体のこと、育児のことで気になる事がありましたらご記入ください。（　けいれん、アナフィラキシーをおこしたことがある。聴力・視力の様子。宗教上制限されていることがある　など） |
| 　必要な医療的ケアに〇をつけて下さい1. 経管栄養 （ 経鼻 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ） ② 酸素管理 ③ 人工呼吸器の管理

④ 導尿 ⑤ 吸引（ 口鼻腔 ・ 気管カニューレ内部 ）　　　⑥ 血糖値測定・インスリン注射 ⑦ネブライザー吸入　 ⑧ 人工肛門の管理⑨ その他（ ） |
| 【医療的ケア開始の経緯】　例）出生時呼吸の様子より人工呼吸器を装着した。その後…。 |
| 【医療的ケアの具体的内容】 |
| 【集団保育の可・否】 主治医またはかかりつけ医は保育施設での同年齢での集団保育が可能と判断していますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい　　・　　いいえ　　・　　未確認 |
| 薬の使用：　なし　　・　　ある　　( あるの場合は、以下にご記入ください )【名称】（ ）　　(　朝　・　昼　・　夕　)【名称】（　　　　 ）　　(　朝　・　昼　・　夕　) |
| 手術を受けたことがありますか：　　なし　　　あり　　ある場合はご記入ください　　手術名：　　病院名：　　手術した年齢：　 |
| 一日のすごし方をご記入下さい（例を参考にご記入ください）**例）**　 ０　　　　　　　　　　　　　６　　　　　　　　　　　　　　　１２　　　　　　　　　　　　　１８　　　　　　　　　　　　　２１　　　　　　　　　　　２４

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　睡眠 | 食　　　　　　　　　　　　　食　　　　　　　　　　　 　食事　　　　　　←療育→　事　　　　　　　　　　 　　事 | 　睡眠 |

　　 **ケア　　　　　　　　　　　　　　ケア　　　　　　　　　　ケア****⇓こちらにご記入下さい**０　　　　　　　　　　　　　６　　　　　　　　　　　　　　　１２　　　　　　　　　　　　１８　　　　　　　　　　　　　　２１　　　　　　　　　　　２４

|  |
| --- |
| 　 |

　　　　　 |