

【文書作成者：保護者】

【書類の流れ：保護者→徳島市】

(様式3)

令和 年 月 日

医療的ケアを受ける子どもの調査票

保護者氏名		連絡先	①	
			②	
			③	
住所				
フリガナ 児童氏名		男女	年齢	生年 月日
			(4/1現在) 歳	年 月 日
診断名				
通院・療育 の状況	医療機関名 () 診察科 () 通院頻度 (回/)			
	医療機関名 () 診察科 () 通院頻度 (回/)			
	療育機関名 () 通院頻度 (回/)			
訪問看護 の利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(利用中の訪問看護ステーション名称 ()) (利用開始日: 年 月 日)		
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) ()			
	<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	首すわり (月) 寝返り (月) おすわり (月) はいはい (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 (歩行可) <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 ()		

裏面へつづく