【様式１】

医療的ケア児等の聞き取り調査票

<table>
<tr><td>(ふりがな)
児氏名</td><td colspan="3"></td><td>男
女</td><td>生年月日</td><td colspan="3">年　月　日
(　歳)</td></tr>
<tr><td>現住所</td><td colspan="4"></td><td>電話番号</td><td colspan="3">①
②</td></tr>
<tr><td rowspan="6">家族構成</td><td>氏名</td><td>続柄</td><td colspan="2">生年月日</td><td>年齢</td><td>性別</td><td colspan="2">勤務先・学校名等</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">年　月　日</td><td></td><td>男・女</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">年　月　日</td><td></td><td>男・女</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">年　月　日</td><td></td><td>男・女</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">年　月　日</td><td></td><td>男・女</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2">年　月　日</td><td></td><td>男・女</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">入園希望施設</td><td colspan="4">第１希望：</td><td>入所開始希望月</td><td colspan="3">年　月</td></tr>
<tr><td colspan="4">第２希望：</td><td>利用希望曜日</td><td colspan="3">月　火　水　木　金</td></tr>
<tr><td colspan="4">第３希望：</td><td>利用希望時間</td><td colspan="3">時　分～　時　分</td></tr>
<tr><td>診断名</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td>医療的ケア</td><td colspan="8">□　経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）
□　吸引（口腔・鼻腔・気管カニューレ）
□　酸素吸入　□　導尿　□　その他（　）</td></tr>
<tr><td>内服</td><td colspan="8">□　無
□　有　（　□朝　□昼　□夕　□寝る前　□臨時使用　）</td></tr>
<tr><td>手帳</td><td colspan="8">□　身体障がい児手帳　：　□1級　□２級　□３級　□４級　□５級　□６級
□　療育手帳　：　□A1　□A2　□B1　□B2
□　精神保健福祉手帳　：　□1級　□２級　□３級</td></tr>
<tr><td>主治医</td><td colspan="8">病院名・医師名

受診の頻度</td></tr>
<tr><td>主治医からの説明内容</td><td colspan="8">病状について

今後の治療や見通しについて

就園に関して</td></tr>
</table>

（裏面に続く）

けいれん	□　無　　□　有 発作時の様子・頻度・持続時間 発作時の対応
療育・リハビリ等の利用状況	□　無　　□　有　　□　今後利用予定 （有の場合）①施設名 利用日（曜日）　月　　火　　水　　木　　金 時間　　時　　分　～　　時　　分 ②施設名 利用日（曜日）　月　　火　　水　　木　　金 時間　　時　　分　～　　時　　分
発達	首すわり　　（　　ヶ月） 寝返り　　（　　ヶ月） はいはい　　（　　ヶ月） つかまり立ち　　（　　ヶ月） ひとり歩き　　（　　歳）
食事と栄養	方法：□　口から　　□　経管栄養　（　□　経鼻　　□　胃ろう　　□　腸ろう　） 形態：□　普通食　□　きざみ食　□　ペースト食 □　離乳食（　初期　・中期・後期　）　　□　ミルク 回数：　　回／日　（　　時　　時　　時　　時　　時　　時） 量：　　ml／回　　1回の所要時間　：　　分くらい
アレルギーの有無	□　無 □　有　（　内容　：　　）
排泄	□　トイレ　　□　おむつ □　その他　（　内容　；　　）

担当保健師		**相談専門支援員**	
配慮してほしいこと・注意点・園に望むこと等			

上記の情報に関して、関係機関で情報を共有することに同意します。

年　　月　　日　　保護者氏名（署名）