

医療的ケア児調査票

記入日： 年 月 日

(ふりがな) 児童氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 生	身長	cm	
					歳 か月	体重	kg	
診断名								
入退院の経過 及び今後の入退院の予定								
通院・療育の 状況	医療機関名				診療科		通院頻度	回/
	医療機関名				診療科		通院頻度	回/
	医療機関名				診療科		通院頻度	回/
	療育機関名				診療科		通院頻度	回/
	訪問看護ステーション名					通所頻度	回/	
	その他利用施設					通所頻度	回/	
医療的ケア の具体的内容					けいれん	☐ 無 ☐ 有(頻度、様子:)		
					アレルギー	☐ 無 ☐ 有(内容:)		
服薬状況	服薬 ☐ 無 ☐ 有	【薬品名】		【服用時間】		【服用方法】 ☐ 経口 ☐ 注射 ☐ 座薬 ☐ 経管栄養による注入 ☐ その他()		
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()						
	姿勢の 保ち方	☐ 自立 ☐ 介助や支えが必要(普段よくしている姿勢:) (普段使用している物品:)						
	運動機能	☐ 首の座り(ヶ月) ☐ 寝返り(ヶ月) ☐ ひとり座りができる(ヶ月)						
	移動	☐ ハイハイ ☐ ずり這い ☐ 四つ這い ☐ 抱っこ ☐ 自立 ☐ つかまり歩行 ☐ バギー ☐ 車いす ☐ その他()						
食事 並びに 栄養	☐ 経口	経口摂取 ☐ 可 ☐ 不可 誤嚥の有無 ☐ 有(よくある ・ 時々ある ・ まれにある) ☐ 無 内容 ☐ 普通食 ☐ きざみ食 ☐ ペースト食 ☐ その他() 食事摂取の際の留意点 () 水分補給の際の留意点()						
		☐ 経管栄養	種類 ☐ 経鼻胃管 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう 注入内容 () 注入量(ml) 注入時間(分/回) 注入回数()回/1日 カテーテルサイズ:()Fr ()cm固定 方法 ☐ イリゲーター ☐ シリンジ ☐ その他()					
	☐ 血糖		測定方法 ☐ 穿刺式 ☐ 持続血糖測定(CGM) ☐ その他() 測定回数(回/日) ☐ 毎食前 ☐ 食後2時間 ☐ 眠前(就寝前)					
			☐ インスリン	☐ 無 ☐ 有 薬剤名() ☐ 朝 ()単位 ☐ 昼()単位 ☐ 夕()単位 ☐ 眠前()単位 ☐ その他()				
	排泄	尿	尿意	☐ 無 ☐ 有(回/日)				
方法			☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 導尿(回/日 時間ごと) ☐ 導尿(自己導尿の補助)					
便		便意	☐ 無 ☐ 有(回/日)					
		方法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 浣腸 ☐ 摘便 ☐ ストマ ☐ その他()					

※ 裏面もご記入ください

