

医療的ケア児童状況書

(ふりがな)			性別	男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日
児童名						歳		か月	
住所	(〒) 青森市								
診断名									
主治医									
入退院の経過及び今後の入退院の予定									
医療機関名						電話			
通院・療育の状況	医療機関名				診療科		通院頻度	回/週・月	
	医療機関名				診療科		通院頻度	回/週・月	
	医療機関名				診療科		通院頻度	回/週・月	
	療育機関名				担当者		通所頻度	回/週・月	
	相談支援事業所名				担当者		通所頻度	回/週・月	
	訪問看護ステーション名						通所頻度	回/週・月	
	その他利用施設						通所頻度	回/週・月	
障害者手帳の有無 (有・無・申請中) ⇒「有・申請中」は、下段の手帳欄を記入し、「有」の場合はコピーを添付してください 特別児童扶養手当 受給の有無 (有・無・請求中) ⇒「有」の場合、手当の等級(1級・2級)									
手帳等の状況	☐ 身体障害者手帳 (1級・2級・3級・4級・5級・6級・7級) (障害種別:)								
	☐ 愛護(療育)手帳 (A1・A2・B1・B2)								
	☐ 精神障害者保健福祉手帳 (1級・2級・3級)								
身長・体重	身長	cm		体重	kg		測定日	令和 年 月 日	
投薬	内服薬 ☐ 無 ☐ 有	薬品名(内服時間) ☐ 注射() ※お薬手帳写し添付							
けいれん発作	☐ 無 ☐ 有(頻度 状況)								
アレルギー	☐ 無 ☐ 有()								
補装具	☐ 無	☐ 有							
出生時の状況	出生体重	g							
	分娩状況								
	発育状況	※首のすわり、お座り、歩き始め、話し始めの月齢等を記入							
利用相談時の流れについても説明を受け、子育て支援課が保育施設・医療機関・関係機関と児童の医療的ケア等の情報を共有することに同意します。									
令和 年 月 日 保護者氏名									

裏面へ続く

(様式1)

生活上の配慮事項について

		詳細（配慮点・注意点）			
食事並びに栄養	ミルク	☐ 回/日（cc）			
	食事	☐ 普通食 ☐ 離乳食（ ☐ 前期 ☐ 中期 ☐ 後期） ☐ ミキサー食 ☐ ペースト食 ☐ 中心静脈栄養法（方法： ☐ 経管栄養（方法： ☐ 胃ろう栄養（注入時間 分） ☐ 栄養ポンプ使用（ ☐ 有 ☐ 無） ☐ 栄養剤（名称： 注入方法：） ☐ その他（方法：			
排泄	尿	尿意	☐ 有 ☐ 無		
		方法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 導尿（回/日） ☐ 導尿（自己導尿の補助） ☐ その他（		
	便	便意	☐ 有 ☐ 無		
		方法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 浣腸 ☐ 摘便 ☐ ストーマ ☐ ガス抜き ☐ その他（ ☐ （回/日）・使用中薬剤（		
呼吸	人工呼吸器管理	☐ 有 ☐ 無	気管切開	☐ 有 ☐ 無	
睡眠	体位交換	☐ 有 ☐ 無			
着脱	介助	☐ 全 ☐ 一部			
姿勢・移動	姿勢の 変え方	介助	☐ 全 ☐ 一部		
	姿勢の 保ち方	（普段よくしている姿勢） ☐ 首が座っている ☐ 腹ばいができる ☐ 寝返りがうてる ☐ 支えれば座れる ☐ ひとり座りができる			
	移動	☐ ずり這い ☐ 四つ這い ☐ 抱っこ ☐ 歩行可			
あそび	運動				
	室内				
	戸外 園外活動	☐ 散歩 ☐ 水遊び等 ☐ プール遊び ☐ 遠足			
コミュニケーション	表現 （言葉）	（会話） ☐ 喃語 ☐ 単語 ☐ 二語文 ☐ 文章 ☐ 表情（			
	理解力				
	対人関係				
その他					

(様式1)

家庭での1日の生活の流れ			
児童名		記入日	年 月 日
時間	生活・あそび	医療的ケア・投薬等	
6:00			
7:00			
8:00			
9:00			
12:00			
14:00			
16:00			
18:00			
20:00			
21:00			
0:00			
(注意事項)			