

医療的ケア児童状況書

令和 年 月 日現在
在園児の場合は、直近の年度

(ふりがな) 児童名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 生	
					歳 月 日	
住所	(〒 市 丁目 番(番地) 号)					
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/
	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/
障害者手帳の有無 (無・有・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(無・有・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:)					
	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	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()					
補装具使用 等	無 有					
(保護者同意欄: にし点を入れてください) 利用する施設・事業者が鹿児島市、医療機関、関係機関に児童の情報を提供すること 鹿児島市が検討会議等において児童の保育等の状況について意見を聴取すること 鹿児島市が利用施設・事業者へ児童の医療的ケア等の情報を提供すること 鹿児島市が医療機関、関係機関と児童の医療的ケア等の情報を共有すること 利用相談時の流れについても説明を受け、上記内容に同意します。						
					年 月 日	保護者氏名

[新規利用児童の場合] 保護者 市役所(原本) 施設・事業所(写し)
[在園児の場合] 保護者 施設・事業所(原本) 市役所(写し)

裏面もご記入ください

生活上の配慮事項について

児童名

		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-食 ペースト食 中心静脈栄養法(方法:) 経管栄養(方法:) その他()	
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 なし
		方法	トイレ オムツ 浣腸 摘便 ストマ 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	
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			

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)		