

医療的ケア児童状況書

年 月 日現在

保護者氏名

電話番号

(ふりがな) 児童氏名	性別	男・女	生年月日	年 月 日 生		
				歳	か月	
住所	(〒 弘前市)					
診断名						
主治医						
入院の経過 及び今後の入 退院の予定						
医療機関名				医療機関電話		
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	<input type="checkbox"/> 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:)					
	<input type="checkbox"/> 愛護手帳(療育手帳) (A1・A2・B1・B2)					
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬品名 (内服時間) <input type="checkbox"/> 注射 () ※お薬手帳写し添付				
けいれん 発作	<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()					
補装具 使用等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 口腔内・鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養			<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他 (内容:)		
利用相談時の流れについても説明を受け、こども家庭課が保育所等・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。						
年 月 日 保護者氏名						

※裏面もご記入ください。

(様式1)

家庭での1日の生活の流れ		
児童氏名	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)		