

【文書作成者：保護者】

【書類の流れ：保護者→徳島市】

(様式3)

令和 年 月 日

医療的ケアを受ける子どもの調査票

保護者氏名			連絡先	①					
				②					
				③					
住 所									
フリガナ 児童氏名		男 女	年 齢	歳 (4/1現在)	生年 月日	年	月	日	
診断名									
通院・療育 の状況	医療機関名 ()	診察科 ()	通院頻度 (回/)						
	医療機関名 ()	診察科 ()	通院頻度 (回/)						
	療育機関名 ()	通院頻度 (回/)							
手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級)								
	<input type="checkbox"/> 知的障害者手帳 (療育手帳) ()								
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級)								
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (級)								
身長/体重	身長: cm、	体重: kg	(測定日: 年 月 日)						
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 会話 (単語・二語文・文章)	<input type="checkbox"/> 絵カード	<input type="checkbox"/> 表情						
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 内服時間)								
てんかん	<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 ()								
運動機能	首すわり (か月) 寝返り (か月) おすわり (か月) はいはい (か月)								
姿勢・移動	姿勢の 変え方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 ()							
	姿勢の 保ち方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 ※普段使用している物品 () ※普段よくしている姿勢 ()							
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 (歩行可) <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助・電動) <input type="checkbox"/> その他							
排泄	尿	【尿意】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/日)							
		【方法】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 (回/日) <input type="checkbox"/> その他 ()							
	便	【便意】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/日) 使用中の薬剤 ()							
		【方法】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸 (回/日) <input type="checkbox"/> その他 ()							

裏面へつづく