

年 月 日

上峰町長 様

保護者名
住 所
連 絡 先

医療的ケアに係る調査票

上峰町医療的ケア児保育支援事業実施要綱第 5 条の規定により、対象児童の医療的 ケアに係る調査票を提出します。							
対 象 児 童 名		性 別		年 齢	歳	生年 月 日	年 月 日
診断名							
通院の 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／ ）						
手帳等 の状況	☐ 身体障害者手帳（ 級）						
	☐ 知的障害者手帳（療育手帳）（A・B）						
	☐ 精神障害者保健福祉手帳（ 級）						
	☐ 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	☐ 会話(単語・二語文・文章) ☐ 絵カード ☐ 表情						
内服薬	☐ 無 ☐ 有（薬品名 内服時間 ）						
てんかん	☐ 無 ☐ 有（頻度 状況 ）						
アレルギー	☐ 無 ☐ 有（ ）						

運動機能		首すわり（ か月）寝返り（ か月）ひとり座り（ か月） はいはい（ か月）	
姿勢・移動	姿勢の 変え方	☐ 自立 ☐ 介助（一部・全部）※介助時の注意（ ）	
	姿勢の 保ち方	☐ 自立 ☐ 介助や支えが必要（一部・全部）※普段使用している物品（ ） ※ 普 段 よ く し て い る 姿 勢 （ ）	
	移動	☐ 自立 ☐ つかまり歩行 ☐ 歩行器 ☐ バギー ☐ 車椅子（自走・介助・電動） ☐ その他	
排せつ	尿	尿意	☐ 無 ☐ 有（ 回／日）
		方法	☐ トイレ ☐ おむつ ☐ 導尿（ 回／日） ☐ その他（ ）
	便	便意	☐ 無 ☐ 有（ 回／日）
		方法	☐ トイレ ☐ おむつ ☐ 導尿（ 回／日） ☐ その他