

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					男・女	生年月日	H・R 年 月 日 生	
							歳 か月	
出生時身長	cm	出生時体重	g	単胎・多胎（ ）		在胎週数	週 日	
住所	〒							
電話番号	① (父・母・その他:)				② (父・母・その他:)			
診断名								
主たる 医療機関名					電話			
主治医								
入退院の経過 及び今後の 治療・入退院 の予定								
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					通所頻度	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」の場合は写し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）							
現在の身長	cm	現在の体重	kg	測定日	年 月 日			
投薬	内服薬 ☐ 無 ☐ 有	薬品名(内服時間) ※薬剤情報提供書の写し、又はお薬手帳の写しを添付						
けいれん発作	☐ 無 ☐ 有(頻度 状況) (緊急時の対応)							
アレルギー	☐ 無 ☐ 有() (□エピペン処方あり))							
補装具使用 等	☐ 無 ☐ 有							
(保護者同意欄: □にレ点を入れてください) ☐ 利用する保育所等が津市、医療機関及び関係機関に児童の情報を提供すること ☐ 津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 ☐ 津市が保育所等へ児童の医療的ケア等の情報を提供すること ☐ 津市が医療機関及び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 → 保育こども園課(写し) → 保育所等(原本)
【在園児の場合】保護者 → 保育所等(原本) → 保育こども園課(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・栄養	ミルク	☐ 回/日(cc)	
	食事	☐ 離乳食(☐ 前期 ☐ 中期 ☐ 後期) ☐ 中心静脈栄養法(方法:) ☐ 幼児食(☐ ミキサー食(☐ とろみあり ☐ とろみなし) ☐ 経管栄養(方法:) ☐ きざみ食 ☐ 普通食 ☐ その他(例:栄養剤)	
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 ☐ ストマ ☐ ガス抜き ☐ その他() ☐ (回/日)・使用中薬剤()
人工呼吸器管理	☐ 有 ☐ 無		
体位交換	☐ 有 (☐ 睡眠中のみ ☐ 常時) ☐ 無		
着脱	☐ 全介助 ☐ 一部介助		
姿勢・移動	姿勢の変え方	☐ 全介助 ☐ 一部介助	
	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	
遊び	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・遊び	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)		