

第2号様式（第4条第2項第1号関係）

年 月 日

広島市長 松井 一實 様

保護者名： _____
所在地： _____
電話番号： _____

医療的ケアに係る調査票

児童名		男 女	年 齢	歳	生年 月 日	年 月 日生
診 断 名						
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 /)					
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) (① ・ A ・ ② ・ 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	定額 (か月) 寝返り (か月) 座位 (か月) 這行 (か月)					
姿 勢 ・ 移 動	姿勢の 変え方	☐ 自立				
		☐ 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 ()				
	姿勢の 保ち方	☐ 自立				
		☐ 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	☐ 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 泄	尿	尿 意	☐ 無 ☐ 有 (回 / 日)			
		方 法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 導尿 (回 / 日)			
			☐ その他 ()			
	便	便 意	☐ 無 ☐ 有 (回 / 日) 使用中の薬剤 ()			
方 法		☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 浣腸 (回 / 日) ☐ その他 ()				

(裏面へ続く)

