第５号様式（第６条関係）

児童状況書

年　　　月　　　日

　保護者氏名　　　　　　　　　　　(児童との続柄)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童・生徒氏名 | |  | | | 記載年月日 | 年　　月　　日 |
| 生年月日 | |  | | | 年齢 | 歳 |
| 医療的ケアの状況 | 1. 傷病について   傷病名 ：  医療機関名 ：  主治医名 ： | | | | | |
| 1. 必要な医療的ケアについて   〖導　尿〗 □　両便失禁あり □　導尿不要 □　定時の導尿が必要  □　人工肛門のパウチ交換等が必要  □　その他 ( )  〖経管栄養〗 □　経管栄養が必要  □　経口摂取可 (食事介助：□ 一部介助要　□ 全面介助要)  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  〖インシュリン注射〗 □インシュリン注射  　　　　　　　　　　　□血糖値の測定  〖その他〗 | | | | | |
| 1. 家庭での医療的ケアの状況   　主にケアを行っている人　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　）  　頻度　　１日　　　　　　　　　回程度  　家庭で医療的ケアを開始した時期 　　　　　　年　　　　　月から | | | | | |
| 健康状態 | （１）他に、現在通院加療中の病気がありますか。　　□　はい　　　□　いいえ  　　「はい」の場合　病名　　　　　　　　　　医療機関名  （２）これまでに入院したことがありますか。　　□　はい　　　□　いいえ  　　「はい」の場合　病名　　　　　　　　　　医療機関名  直近の入院期間　　　　　年　　　月　　　日　から　　　　年　　　月　　　日   1. 特に留意・配慮することがあればご記入ください。 | | | | | |
| 心身の状況 | （１）身体障害者手帳・療育手帳について  　身体障害者手帳　□ 無 　□ 有（肢体・視力・聴覚・内部・膀胱直腸）　　等級  療育手帳　　　　□ 無 　□ 有（ Ａ ・Ｂ ） | | | | | |
| （２）お子さんについて、現在気になることがあればご記入ください。 | | | | | |
| 施 設 や サ ー ビ ス の 利 用 | 治療や訓練のために施設や障害福祉サービスを利用したことがありますか。  □　利用したことはない  □　現在利用している  □　過去に利用したことがある  こちらにチェックがある方は、下記にご記入ください。 | | | | | |
| 訓練やサービスの内容 | | 医療機関  事業所名 | 利用期間 | | 内容 |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |