

第1号様式

※様式内の「医療的ケア等」の記載には、「小児慢性特定疾病児童等への医療行為及びその他必要な行為」を含みます。

医療的ケア等実施申込書兼状況調書

令和 年 月 日

郡山市長

保護者氏名 _____ ※

※自署または記名押印

下記のとおり、保育施設での医療的ケア等の実施を申し込みます。主治医の意見及び指示内容は、別紙医療的ケア等実施に係る主治医意見書兼指示書のとおりです。

記

児 童 名		年 齢	歳	生 年 月 日	年 月 日生
住 所					
希 望 保 育 施 設					
実 施 を 申 し 込 む 医 療 的 ケ ア 等	医 療 的 ケ ア 等 の 内 容		保 育 施 設 で 実 施 を 希 望 す る 方 法		
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (口腔・鼻腔・気管切開部)				
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう)				
	<input type="checkbox"/> 導尿 (一部介助・完全介助)				
	<input type="checkbox"/> その他(具体的に記載)				
主 治 医 等	主 治 医	医 療 機 関 名 ・ 診 療 科			
		医 療 機 関 住 所			
		医 師 氏 名			
	(主 治 医 が 市 外 の 場 合) 市 内 か か り つ け 医	医 療 機 関 名 ・ 診 療 科			
		医 療 機 関 住 所			
		医 師 氏 名			

裏面に続く

通院・療育の状況	【医療機関や療育施設の名称と頻度を記載】	
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) (A・B) <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)	
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 _____)	
坐薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 _____ mg)	
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度等状況 _____)	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アレルゲン _____) (エピペン使用の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)	
運動機能	定頸 (か月) 寝返り (か月) 座位 (か月) 這行 (か月)	
姿勢	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 (介助や支えの内容 _____)	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <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	<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	<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 (_____)
食事	方法内容	<input type="checkbox"/> 経口 状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
		<input type="checkbox"/> 経管栄養 種類 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 内容 (_____)
		<input type="checkbox"/> I V H 薬剤名 (_____)
	血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頻度 (_____)
インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頻度 (_____)	
呼吸管理	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 カニューレ製品名 (_____)
	喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 (口腔内・鼻腔内・気管内) 回数 (回/)
	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 部位 (経鼻・気管内) 流量 (ℓ/分)
	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類 (_____)
その他	【集団生活を送る上で配慮が必要な点を記載】	