

医療的ケア児等の面接書

1. 対象者

(ふりがな) 園児の氏名		性別	生年月日 (年齢)					
	愛称 ()	男	年 月 日					
		女	(年 月 日現在 : 歳)					
保護者氏名		続柄						
現住所					TEL	① ②		
入園希望 保育所等	第 1 希望 :							
	第 2 希望 :							
	第 3 希望 :							
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで							
利用希望曜日	月 火 水 木 金							
利用希望時間	時 分 ~ 時 分							
療育施設 (飯田市こども発達センターひまわり) の利用はありますか								
☐ 有 (通所 ・ 外来) ☐ 無 ☐ 今後予定								
その他療育施設の利用はありますか								
有の場合 : ①施設名 () 利用日 : 曜日 : 時間 : 時 分 ~ 時 分								
有の場合 : ②施設名 () 利用日 : 曜日 : 時間 : 時 分 ~ 時 分								
同居家族	氏名	続柄	生年月日			年齢	性別	勤務先・学校名等
			年	月	日		男・女	
			年	月	日		男・女	
			年	月	日		男・女	
			年	月	日		男・女	
			年	月	日		男・女	
障がい手帳をお持ちですか。 ☐ 身体障害者手帳 : ☐ 今後申請 ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ 5級 ☐ 6級 ☐ 療育手帳 : ☐ 今後申請 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 : ☐ 今後申請 ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級								
保育所等における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、主治医の確認を得ていますか。 1. 主治医が、対象児童が保育所等において保育及び医療的ケアを受けることが可能であると判断すること ☐ はい ☐ いいえ ☐ 未確認 2. 主治医 (医療機関) が、医療的ケアの手技を医療的ケア児担当看護師に指導すること ☐ はい ☐ いいえ ☐ 未確認								
保育所における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、同意しますか。 1. 病状や医療的ケアに関する情報 (主治医の意見や健康状態の変化等) を保育所と十分に共有すること ☐ はい ☐ いいえ 2. 医療的ケアに必要な機材・器具及び衛生用品等を不足のないように毎日持参し持ち帰り、準備、点検及び整備を行うこと ☐ はい ☐ いいえ 3. 保育所において保育及び医療的ケアを実施するにあたり、物品の借用、費用の負担及び付き添いをお願いすることがあること ☐ はい ☐ いいえ								

2. お子さまについて

[illegible]

酸素吸入を使用していますか	☐ 有	(☐ マスク	☐ カニュラ	☐ 人工呼吸器	☐ その他	)
吸引をされていますか	☐ 有	(☐ 口の中	☐ 鼻から	☐ 気管カニューレ	)	
1日何回くらい	最高	回程度	最低	回程度		
尿・便について	☐ おむつ	☐ トイレ	☐ 導尿	回／日	☐ 人工肛門	
けいれんについて	☐ 有	☐ 無				
	ある場合 (一日何回くらいありますか 回)					
	(持続時間は ☐ 2～3秒 ☐ 10秒くらい ☐ 30秒くらい ☐ 1分以上)					
	(回数は ☐ 単発 ☐ 2, 3回 ☐ 繰り返す)					
	(対処方法 ☐ 何もしない ☐ 酸素吸入 ☐ 座薬使用 ☐ 口腔溶液(ブコラム)使用 ☐ 救急車要請)					
発達	首が座った時期	(	ヶ月)	☐ まだ		
	寝返り	(	ヶ月)	☐ まだ		
	はいはい	(	ヶ月)	☐ まだ		
	つかまり立ち	(	ヶ月)	☐ まだ		
	歩き始めた	(	歳 ヶ月ごろ)			
移動	☐ 自分で	☐ つかまり歩き	☐ 歩行器	☐ バギー	☐ 車いす(自走 手伝う 電動)	
	☐ 抱っこ	☐ その他				
お子さまが好きな事は何ですか。						
その他、特に配慮するところがあればお書きください。						
年 月 日 記入者：氏名 続柄：						