

重症心身障害児者・医療的ケア児者調査票



該当する番号に○を付けてください ⇒ **1 重症心身障害児者** **2 医療的ケア児者**
 ※両方該当する場合は両方に付けてください

氏名(フリガナ)	()	性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	障害や病気の発症年齢 a. 出生時 b. 歳	
住所	〒 - (家族)		
連絡先	電話 [] (自宅) 携帯電話[] ()		
現在の居住生活の拠点 [在宅・施設入所・病院入院] (該当するものに○を付けてください)			
(1) 運動機能の段階 (該当に○を付けてください)		(2) 発達段階 (該当に○を付けてください)	
①: 寝返りはできない (寝返り不可) ②: 寝返りはできる (寝返り可) ③: 座位保持はできる (座位保持可) ④: 室内を自分で移動できる (室内移動可) ⑤: 介助で歩行が可能 (介助歩行可) ⑥: 介助なく歩ける (自力歩行可)		A: 日常生活に関する簡単な言語理解がない B: 日常生活に関する簡単な言語理解はある C: 色や数が少しはわかる D: 文字・数字が少しはわかる E: おつりの計算ができる F: 知的障害はない G: その他 []	
※手帳の取得状況 (該当に○を付け、等級等を記載ください)			
①: 身体障害者手帳(種 級) ②: 療育手帳(-) ③: 精神障害者福祉手帳(級) ④: なし			
(3) 日常的に必要な医療的ケア (該当アルファベットに○を付けてください)			
a: 人工呼吸器(気管切開を介する呼吸器) b: 非侵襲型人工呼吸器(マスク式呼吸器) c: 気管切開 d: 酸素吸入 e: 鼻口腔吸引 f: 気管内吸引 g: 中心静脈栄養 h: 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻等) i: 腹膜透析 j: 血液透析 k: 定期的な導尿 l: 膀胱瘻 m: 人工肛門 n: その他 []			
(4) 現在利用中の医療機関・学校・福祉サービス等 (該当に○をつけ機関名を記載ください)			
①: かかりつけ医療機関 [] ⑩: 特別支援学校 [] ②: 市内の医療機関 [] ⑪: 小中学校特別支援学級 [] ③: 訪問看護 [] ⑫: 小中学校通常の学級 [] ④: 訪問リハ [] ⑬: 高等学校・大学等 [] ⑤: 相談支援事業所 [] ⑭: 居宅介護(ヘルパー) [] ⑥: 入所施設 [] ⑮: 児童発達支援 [] ⑦: 短期入所 [] ⑯: 生活介護 [] ⑧: 放課後等デイサービス [] ⑰: その他 [] ⑨: 保育園・幼稚園・こども園 []			
(5) 災害時に備えていること (該当するものがあれば○を付けてください)			
ア: 自宅地域のハザードマップの確認 カ: 停電時の電源確保 イ: 避難場所・避難ルート・避難方法の確認 キ: 停電時の医療機器への対応 ウ: 家庭内での避難方法の共有 ク: 要支援者名簿への登載確認 エ: 医療用具・衛生材料の備蓄 ケ: 利用している各機関との情報共有 オ: 食料品・飲料水の備蓄 コ: 隣人・町内会での情報共有 サ: その他 []			

※裏面に続きます

