

医療的ケア児童状況書

年 月 日現在

(ふりがな) 児童名	性別	男・女	生年月日	年 月 日		
				歳 か月		
住所	(〒 八戸市)					
診断名						
主治医						
入退院の経過 及び今後の入 退院の予定						
医療機関名					電話	
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		診療科		通院頻度	回/
	訪問看護ステーション名				通所頻度	回/
	その他利用施設				通所頻度	回/
障害者手帳の有無 (無・有・申請中) ⇒「有・申請中」は下段の手帳欄を記入し、「有」の場合はコピーを添付してください 特別児童扶養手当 受給の有無 (無・有・請求中) ⇒「有」の場合手当の等級 (1級・2級)						
手帳等の 状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級・3級・4級・5級・6級・7級) (障害種別:)					
	<input type="checkbox"/> 愛護(療育)手帳 (A1・A2・B1・B2)					
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (1級・2級・3級)					
身長/体重	身長	cm	体重	kg	測定日	年 月 日
投薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬品名(内服時間) <input type="checkbox"/> 注射 () ※お薬手帳写し添付				
けいれん 発作	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度	状況				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
補装具 使用等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
利用相談時の流れについても説明を受け、こども未来課が保育施設・医療機関・関係機関と児童の医療的ケア等の 情報を共有することに同意します。 <p style="text-align: center;">年 月 日 保護者氏名</p>						

※ 裏面もご記入ください

家庭での1日の生活の流れ

児童名

記入日

年

月

日

時間

生活・あそび

医療的ケア・投薬等

6:00

7:00

8:00

9:00

12:00

14:00

16:00

18:00

20:00

21:00

0:00

(注意事項)