

# 医療的ケア児保育所等利用事前相談票

(相談日) 年 月 日

相談回数	初回 ・ 継続( )	相談担当者	
------	------------	-------	--

(ふりがな)		性別	生年月日	現年齢	学年齢
児童名		男 女	年 月 日		
(ふりがな)		続柄	電話番号		
保護者名					
現住所					
入所希望施設	第1希望		入所希望年月	年 月	
	第2希望		利用希望曜日		
	第3希望		月 火 水 木 金		
見学希望日 (時間)	年 月 日		利用希望時間		
	時頃		時 分 ~ 時 分		
その他					
同居家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校名等	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

該当する医療的ケア等に☑をつけてください。	
経管栄養 (経鼻・胃瘻・腸瘻)	<input type="checkbox"/> 口から食べている <input type="checkbox"/> 鼻からチューブで入れている <input type="checkbox"/> おなかからチューブで入れている <input type="checkbox"/> 首の近くから点滴をしている <input type="checkbox"/> その他( )
吸引 (口腔・鼻腔内・気管切開・気管カニューレ内)	<input type="checkbox"/> 喉にチューブがついている <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使っている <input type="checkbox"/> 管やマスクで酸素を吸っている <input type="checkbox"/> 痰を器械でとっている <input type="checkbox"/> その他( )
導尿	<input type="checkbox"/> 管を入れて尿を出している <input type="checkbox"/> オムツを使用している <input type="checkbox"/> その他( )
血糖管理	<input type="checkbox"/> 器械を使って血糖値を測っている <input type="checkbox"/> 毎日注射をしている <input type="checkbox"/> 毎日薬を飲ませている <input type="checkbox"/> その他( )
酸素療法	<input type="checkbox"/> 酸素カヌラを使用している <input type="checkbox"/> 酸素マスクを使用している <input type="checkbox"/> その他( )
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有    ⇒ ( )
その他	