

令和7年度 医療的ケア児保育支援利用申請書

八重瀬町長 殿

年 月 日

住 所：八重瀬町字 _____

保護者氏名： _____

連絡先： _____

八重瀬町医療的ケア児保育支援を利用したいので、必要書類を添えて申し込みます。

ふりがな		男	生年月日
対象児童名	(歳) R7.4.1の年齢	女	年 月 日
診 断 名			
必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 (口・鼻・気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 導尿・自己導尿 (一部要介助・完全要介助) <input type="checkbox"/> その他 ()		
通院の状況	医療機関名()診療科()	通院頻度(回/)	
療育の状況	療育機関名()	通所頻度(回/)	
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) <input type="checkbox"/> 療育手帳(知的障害者手帳) (A1・A2・B1・B2) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (1級・2級・3級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (1級・2級)		
身長/体重	身長： cm 体重： kg (測定日： 年 月 日)		
コミュニケーション	現在の言葉(単語・二語文・文章(具体的に：)) 意思表示 (表情・指さし(具体的に：))		
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名： 内服時間：)		
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度： 状況：)		
運動機能	首すわり(か月) 寝返り(か月) お座り(か月) はいはい(か月) 始歩(か月)		
姿勢・運動	姿勢の 変え方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点()	
	姿勢の 保ち方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 ※普段使用している物品() ※普段よくしている姿勢()	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <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 (具体的に：)	

排泄	尿	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/日)
		方法	<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	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/日) <input type="checkbox"/> 使用中の薬剤()
		方法	<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"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	種類 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
			製品名 () カテーテルサイズ (Fr)
			注入内容 () 注入量・回数 () トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 交換頻度 ()
	<input type="checkbox"/> IVH	薬剤名 ()	
	血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間 (時・ 時・ 時)
インスリン投与	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時間 (時・ 時・ 時)	
呼吸 管 理	気管	<input type="checkbox"/> 無	カニューレ製品名()
	切開	<input type="checkbox"/> 有	交換頻度(1回/) トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回数(回/時間)
出産時の状況	妊娠期間 (週 日) 体重 (g) 身長(cm) 単・多 ()胎 出産時のトラブル等()		
その他	集団生活を送る上で配慮が必要な点等		