様式第1号(第4条関係)

令和８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 |  | 男女 | 生年月日 |
| 対象児童名 | 　　　　　　　　　　　　(　 　歳)R7.4.1の年齢 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 診　断　名 |  |
| 必要な医療的ケア | □ 経管栄養□ 吸引 ( 口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内 )□ 酸素療法□ 導尿 ・ 自己導尿 ( 一部要介助 ・ 完全要介助 )□ その他 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 通院の状況 | 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/　　) |
| 療育の状況 | 療育機関名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)通所頻度(　　　回/　　)療育機関名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)通所頻度(　　　回/　　) |
| 手帳等の状況 | * 身体障害者手帳　　　　　　　( 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級 )
* 療育手帳(知的障害者手帳)　　( A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 )
* 精神障害者保健福祉手帳　　　( 1級 ・ 2級 ・ 3級 )
* 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 | * 無 □ 有 (薬品名：　　　　　　　　　　　内服時間：　　　　　　　　　　)
 |
| てんかん | * 無　　 □ 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 | * 自立
 |
| * 介助 (一部・全部)　　　※介助時の注意点(　　　 　　　　　　　　　　)
 |
| 姿勢の保ち方 | * 自立
 |
| * 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 | * 自立　　□ つかまり歩き　　□ 歩行器　　□ バギー
* 車椅子(自走・介助・電動)　 □ その他 (具体的に：　 )
 |
| 排泄 | 尿 | 尿意 | * 無　　　 □ 有 ( 回/日)
 |
| 方法 | * トイレ 　□ オムツ　 □ 導尿(　　回/日) 　□ その他( 　　)
 |
| 便 | 便意 | * 無　　　 □ 有 ( 回/日) □使用中の薬剤(　　　　　　　)
 |
| 方法 | * トイレ 　□ オムツ　 □ 浣腸(　　回/日)　 □ その他( 　　)
 |
| 食事 | 方法内容 | * 経口
 | 状況　□ 自立 　 □ 一部介助 □ 全介助内容　□ 普通食　　□ 軟食　　　　□ きざみ食□ ミキサー食　　□ 流動食　　　□ その他(　　　　　　　　　　　) |
| * 経管栄養
 | 種類　□ 経鼻栄養　　□ 胃ろう　　□ 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　□ 無　　　□ 有 (　　　　　　　　　　 　　)交換頻度 (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| * I V H
 | 薬剤名 ( ) |
| 血糖値測定 | * 無
* 有
 | 時　間　(　　　時・　　　　時・　　　　時) |
| インスリン投与 | * 無
* 有
 | 時　間 (　　　時・　　　　時・　　　　時) |
| 呼吸管理 | 気管切開 | * 無
* 有
 | カニューレ製品名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )交換頻度(1回/　　 ) 　トラブル　□ 無　 □ 有 ( 　　　　　　　 ) |
| 吸引 | * 無
* 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 |