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 | | | |