

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	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	☐ 経管栄養 ☐ 吸引 (ロ ・ 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 ()				
	血糖値測定	☐ 無	交換頻度 ()		
		☐ 有			
☐ 無		時 間 (時 ・ 時 ・ 時)			
インスリン投与	☐ 無	時 間 (時 ・ 時 ・ 時)			
	☐ 有				
呼吸 管 理	気管 切開	☐ 無	カニューレ製品名()		
		☐ 有	交換頻度(1 回/) トラブル ☐ 無 ☐ 有 ()		
	吸引	☐ 無	回数(回/時間)		
		☐ 有			
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			