

医療的ケアに関する個別の懇談シート

入学予定学部（小・中・高） 児童生徒名

※ご家庭等で実施している医療的ケアにチェック☑を入れ、ケアの内容等について必要事項をご記入ください。

医療的ケアの種類	医療的ケア内容等について																																								
吸引 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内	・吸引の頻度について <input type="checkbox"/> 毎日又はほぼ毎日必要 <input type="checkbox"/> 必要時に必要（必要な状況： ） <input type="checkbox"/> 体調不良時のみ必要 ・気管カニューレ内吸引が必要な場合 喉頭分離（有・無）、カニューレ交換（誰が： 頻度： ）																																								
経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> その他	・1日の注入スケジュールについて <table border="1"> <thead> <tr> <th>いつ(時)</th><th>注入物</th><th>量</th><th>方法</th><th>所要時間</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td><td></td><td>ml</td><td>シリンジ・滴下</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>ml</td><td>シリンジ・滴下</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>ml</td><td>シリンジ・滴下</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>ml</td><td>シリンジ・滴下</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>ml</td><td>シリンジ・滴下</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>ml</td><td>シリンジ・滴下</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>ml</td><td>シリンジ・滴下</td><td></td></tr> </tbody> </table>	いつ(時)	注入物	量	方法	所要時間			ml	シリンジ・滴下				ml	シリンジ・滴下				ml	シリンジ・滴下				ml	シリンジ・滴下				ml	シリンジ・滴下				ml	シリンジ・滴下				ml	シリンジ・滴下	
いつ(時)	注入物	量	方法	所要時間																																					
		ml	シリンジ・滴下																																						
		ml	シリンジ・滴下																																						
		ml	シリンジ・滴下																																						
		ml	シリンジ・滴下																																						
		ml	シリンジ・滴下																																						
		ml	シリンジ・滴下																																						
		ml	シリンジ・滴下																																						
<input type="checkbox"/> 酸素療法	・酸素療法の頻度について <input type="checkbox"/> 常時使用している <input type="checkbox"/> 必要時にのみ使用している ・使用してる機器等 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ <input type="checkbox"/> 濃縮器 <input type="checkbox"/> 液体酸素																																								
<input type="checkbox"/> 吸入	・吸入の頻度について <input type="checkbox"/> 定時に実施している 実施時間（ : 、 : 、 : 、 : ）又は回数（ 回/日） <input type="checkbox"/> 必要時に実施している 必要な状況（ ） ・吸入薬等の種類 <input type="checkbox"/> 薬剤（薬剤名 ） <input type="checkbox"/> 生理食塩水																																								
導尿 <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 介助導尿	・カテーテルのサイズ（ Fr ） ・導尿の頻度について 1日（ 回 ）（ 時間毎） 実施時間（ : 、 : 、 : 、 : 、 : 、 : ）																																								
<input type="checkbox"/> その他																																									

医療的ケアの指示を出している医療機関についてご記入ください

医療機関名 () 診療科 () 主治医名 (医師)
受診の頻度 ()