

## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・吸引の頻度について</li> <li><input type="checkbox"/> 口腔内</li> <li><input type="checkbox"/> 鼻腔内</li> <li><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内</li> <li><input type="checkbox"/> 毎日又はほぼ毎日必要</li> <li><input type="checkbox"/> 必要時に必要（必要な状況：）</li> <li><input type="checkbox"/> 体調不良時のみ必要</li> <li><input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引が必要な場合</li> <li>喉頭分離（有・無）、カニューレ交換（誰が： 頻度：）</li> </ul>					
経管栄養	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1日の注入スケジュールについて</li> </ul>					
	<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	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	
□酸素療法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・酸素療法の頻度について</li> <li><input type="checkbox"/> 常時使用している</li> <li><input type="checkbox"/> 必要時にのみ使用している</li> <li>・使用する機器等 <input type="checkbox"/> 酸素ボンベ <input type="checkbox"/> 濃縮器 <input type="checkbox"/> 液体酸素</li> </ul>					
□吸入	<ul style="list-style-type: none"> <li>・吸入の頻度について</li> <li><input type="checkbox"/> 定時に実施している 実施時間（：、：、：、：）又は回数（回/日）</li> <li><input type="checkbox"/> 必要時に実施している 必要な状況（）</li> <li>・吸入薬等の種類</li> <li><input type="checkbox"/> 薬剤（薬剤名）</li> <li><input type="checkbox"/> 生理食塩水</li> </ul>					
導尿	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カテーテルのサイズ（Fr）</li> <li>・導尿の頻度について 1日（回）（時間毎）</li> <li>実施時間（：、：、：、：、：、：）</li> </ul>					
□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（）  
 受診の頻度（）  
 主治医名（）  
 医師（）