

㊫ 家庭で行っている医療的ケア調査票

A・B部門 小・中・高 年

名前 _____

○学校へ医療的ケアの実施申請をしていますか。 (している ・ していない)

○ご家庭でのみ行っている医療的ケアはありますか。

(ある ・ ない) ある場合は、該当する部分に記入をお願いします (※別紙の記入例参照)。



□注入 (水分・栄養・内服薬) ※開始時間は全員記入してください。ケア申請者は別紙「災害時の注入について (医ケア申請児用)」に詳細を記入して下さい。

別紙「災害時の注入について (医ケア申請児用)」に記載した内容と同じですか。 (同じ ・ 違う)

開始時間	内容・量・所要時間・注入方法
<留意点>	

□たんの吸引 (鼻水吸引器 [手動・電動] は含みません。)

どのような症状のとき、方法、姿勢、留意点

□吸入 (薬液・酸素)

	吸入の目安	薬品名・量	吸入の時間と方法
薬液			
酸素			

□導尿 (定時・その他の該当する方に○印をつけてください)

導尿の時間	留意点
定時 ()	
その他 ()	

□その他のケア

ケアの内容	留意点

