**㊙　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（鼻水吸い取り器〔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** |
|  |  |

１　日　の　様　子（ご家庭で行っている医療的ケアについてご記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時間 | ○注入（水分・栄養・内服液）　　△吸入（薬液・酸素）　　□導尿　　☆その他 | | |
| AM  0時  １時  ２時  ３時  ４時  ５時  ６時  ７時  ８時  ９時  10時  11時 | 学校にいる時間の記入は　不要です | PM  12時  13時  14時  15時  16時  17時  18時  19時  20時  21時  22時  23時 | 学校にいる時間の記入は　不要です |
| 必要時に応じて実施する医療的ケア： | | | |