㊙　医療的ケア調査票（家庭で行っているケアも含む）　Ａ・Ｂ部門　小・中・高　　年

名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

該当するところにチェック☑をつけて、必要事項をご記入ください。

ケアの実施現状

☐　医療的ケアは行っていない。　　⇒　⇒　**以下は記入不要です。**

☐　医療的ケアを家庭でのみ行っている。
☐　医療的ケアを家庭や学校で行っている。　⇒　⇒　**以下を記入してください。**

ケアの内容

☐　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

☐　酸素吸入

吸入の目安	吸入の時間・方法・量

☐　薬液吸入

吸入の目安	薬品名・量	吸入の時間と方法

☐　導尿

導尿の時間	留意点
☐　定時　（　　） ☐　その他 （　　）	

□　経管栄養（水分・栄養・内服薬）を行っている。

方　法	□ 経鼻　　□ 胃ろう　　□ 腸ろう　　□ その他（　　）
噴門形成術の有無	□ あり　　□ なし

⇒下表に、１日の注入時間、注入物、注入方法などの情報を記入してください。

※普段、家庭や学校で行っている注入について全て記入してください。

※災害時薬を預けている場合には、薬の名称は不要です。

開始時間	**所要時間**	**内容物・量**	**方法**
＜留意点＞			

【経管栄養を学校や家庭で行っている人は、下記にもお答えください。】

上記の家庭で実施している注入に関して、災害時に学校で実施することが難しいものはありますか（ペースト食の注入している、長時間かけて注入しているなど）。

□　あり　　⇒　**別紙「災害時の注入について（医ケア申請児用）」**に災害時を想定した内容（学校で対応可能なもの）を主治医に相談の上、記入して下さい。

□　なし

□　その他のケア

ケアの内容	**留意点**