医療的ケア児支援センター基本情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ID: | 作成年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 作成者 |  |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 | 平成・令和 　 年 　 月 　 日 歳 ヶ月 |
| 氏　名 |  |  |
| 住　所 | 〒 | 県北・県央・県南 |
| 連絡先 |  | 氏名(フリガナ)　　　　　　　（　　　　　）電話番号 　 （ 　　 ） 　　 |  | 氏名(フリガナ)　　　　　　　（　　　　　）電話番号 　 （ 　　 ） 　 |
| 家族状況 | 続柄 | 氏　名 | 生　年　月　日 | 年齢 | 同‣別 | 職業（勤務先等） |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |  |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |  |  |
| 身近な援助者 |  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |  | 居住地 |  |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |  | 居住地 |  |
| 特記事項 |  |
| 病名 |  |
| 手帳 | 身体障害者手帳 | 有・無　　１・２種　　　級障害名： |
| 療育手帳 | 有・無　　Ａ・Ｂ　　　心理検査　　　年　　　月　　IQ（DQ）： |
| 医療費助成 | 福祉医療 | 有・無　（子ども・手帳・母子） |
| 小児慢性特定疾病 | 有・無疾病名： |
| 指定難病 | 有・無疾病名： |
| 手当 | 特別児童扶養手当 | 有・無　　　　級 |
| 障害児福祉手当 | 有・無 |

※グレー部分は記入不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療的ケア**有・無**(どちらかに〇) | 人工呼吸器 | 有無 | 機種：　　　　　　　　　　　　　　メーカー： |
| 使用状況： |
| 気管切開 | 有無 | カニューレの種類：　　　　　　　　　　　　　　　サイズ： |
|  |
| 酸素療法 | 有無 | 機種：　　　　　　　　　　　　　　メーカー：使用状況： |
| パルスオキシメーター | 有無 | 機種： | □レンタル□購入(日生具・自費) |
|  |
| 排痰補助装置 | 有無 | 機種： |
|  |
| 吸　引 | 有無 | 機種： | チューブサイズ： | □日生具□自　費 |
| 頻度等： |
| 吸　入 | 有無 | 機種： | □日生具□自　費 |
| 頻度等： |
| 経管栄養 | 有無 | □経鼻経管　□胃ろう　□腸ろう　□食道ろう |
| ポンプ：　有・無　　　 | 機種： |
|  |
| 中心静脈カテーテル | 有無 | 機種： |
| 使用状況： |
| 導　尿 | 有無 | カテーテルサイズ： |
| 頻度等： |
| 血糖値管理 | 有無 |  |
| 消化管ストーマ | 有無 |  |
| 腹膜透析 | 有無 |  |
| けいれん時の座薬挿入 | 有無 | 薬剤名： |
| 頻度等： |
| その他 |  |
| 超重症児（者）判定 | 超重症児　・　準超重症児　・　非該当 |
| 医療的ケアの判定スコア | 　日中　　　　　　　点 | 夜間　　　　　　　　　点 |
| 大島分類 |  | 6類型 | 　Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ・Ｆ |

※グレー部分は記入不要です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医　療　機　関 | 担　 当　科 | 医　　師 | 備　　考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 関　係　機　関 | 担　 当　者 | 備　　考 | 医ケアコーディ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 【生活歴】【相談したいこと】 |