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	① 氏名(フリガナ)　　（　　） 電話番号　　（　　）		② 氏名(フリガナ)　　（　　） 電話番号　　（　　）	

	続柄	氏　名	生　年　月　日	年齢	同･別	職業（勤務先等）	
家族状況			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○)	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： 頻度等： □日生具 □自　費
	吸　入	有 無	機種： 頻度等： □日生具 □自　費
	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】