

中央区立子ども発達支援センター放課後等デイサービス 利用相談票

(医療的ケア児用)

記入日: _____年 ____月 ____日

ふりがな		性別	生年月日
利用児氏名			
在籍学校名 (<input type="checkbox"/> 特別支援学級 <input type="checkbox"/> 通常の学級)		学年	/
ふりがな		続柄	連絡先
保護者氏名			

<医療的ケアについて>

医療的ケア区分 (受給者証に記載)	1	2	3	医療的ケア スコア	点
主たる疾患名と経過	疾患名: 経過:(いつから・現在の状態など)				
医療的ケアの内容					
1	気管切開の管理				
2	鼻咽頭エアウェイの管理				
3	酸素療法				
4	吸引(口鼻腔・気管内吸引)				
5	ネブライザーの管理				
6	経管栄養(経鼻胃管、胃瘻、経鼻腸管、経胃瘻腸管、腸瘻、食道瘻/持続経管注入ポンプ使用)				
7	中心静脈カテーテルの管理				
8	皮下注射(皮下注射/持続皮下注射ポンプ使用)				
9	血糖測定(持続血糖測定器による血糖測定を含む)				
10	継続的な透析(血液透析、腹膜透析を含む)				
11	導尿(利用時間中の間欠的導尿/持続的導尿)				
12	排便管理(消化管ストーマ/摘便、洗腸/浣腸)				
13	痙攣時の坐剤挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動等の処置				
医療的ケアの 具体的な内容	(家庭での実施状況など)				
その他健康面で 気になること					

< 利用を希望する曜日 > 火曜日 / 水曜日 / どちらでもよい

< 確認事項 >

- 面談にて内容の確認後、看護師の手配を開始します。看護師の手配が完了し、受け入れ環境が整い次第の契約となります。相談から契約・利用開始までは、およそ3~4か月かかりますのでご了承ください。