

医療的ケア児に係る記録票

1 基本事項

児童氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
	男・女	血液型	A・B・AB・O RH (+)・RH (-)
		身長・体重	
住所	〒 -	平熱	℃
		保険証 記号番号	
		子ども医療費 受給証番号	

2 生育歴

胎生期	出生時	乳幼児期
母体の健康状態 ・正常 ・異常あり	○在胎期間 (妊娠第 週) ・体重 (g) ・身長 (cm) ・頭囲 (cm) ・胸囲 (cm) ・正常分娩 ・異常分娩 (鉗子・吸引・帝王切開) ・元気 ・衰弱 ・仮死 ・保育器使用 (無・有 日) ・黄疸 (重症・やや強い・ほとんど無し)	・栄養 (母乳、人口乳、混合) ・離乳開始 (月) ・離乳完了 (歳 月) ・首のすわり (月) ・寝返り (月) ・おすわり【座位】 (月) ・這う (歳 月) ・つかまり立ち (歳 月) ・始歩 (歳 月) ・始語 (歳 月)

3 医療歴等

既往歴	・肝炎・川崎病・ぜんそく・ヘルニア・肺炎・中耳炎・脱臼(場所:) ・心臓疾患 病名 症状(不整脈・肥大・雑音) ・その他 ()
体質的なもの	・風邪をひきやすい・吐きやすい・鼻血が出やすい ・便秘しがち・化膿しやすい ・アトピー性皮膚炎・その他 ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ・卵・牛乳・小麦・大豆・そば・落花生 ・ダニ・ハウスダスト・花粉・その他 () アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(症状)
治療	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ・飲み薬・塗り薬・食事制限・その他 ()
ひきつけ・けいれん	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 1回目: 歳 月 その後: 回 熱性 ℃ 回 無熱性 回
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 状態:) 服薬: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(開始 歳 月・1日 回使用中)

4 乳幼児健診

健診	助言指導	受診結果
() か月健診	無 ・ 有	
() か月健診	無 ・ 有	
1歳 () か月健診	無 ・ 有	
3歳 () か月健診	無 ・ 有	
特記事項 (お子さんについて、健康面で気になること、困っていることなどありましたらご記入ください)		

5 予防接種

			予防接種年月日	感染年月日	備考
定期接種 (A類疾病)	Hib	初回	1回		
			2回		
			3回		
		追加	4回		
	肺炎球菌	初回	1回		
			2回		
			3回		
		追加	4回		
	ロタリックス		1回		
			2回		
	ロタテック		1回		
			2回		
			3回		
	B型肝炎		1回		
			2回		
			3回		
	DPT-IPV (4種混合) 1期	初回	1回		
			2回		
	3回				
		追加	4回		
DPT-IPV-Hib (5種混合) 1期	初回	1回			
		2回			
3回					
	追加	4回			
BCG (結核)					
麻しん・風しん混合		1期			
		2期			
水痘		1回			
		2回			
日本脳炎	1期初回	1回			
		2回			
	1期追加	3回			
麻しん (単体接種)					
風しん (単体接種)					

任意 接 種	おたふくかぜ			
	その他 ()			
	その他 ()			
	その他 ()			

6 感染症

	感染 年月日	感染 年月日	感染 年月日	感染 年月日	感染 年月日
突発性発疹					
百日ぜき					
咽頭結膜熱 (プール熱)					
溶連菌感染症					
ウイルス性肝炎					
手足口病					
伝染性紅斑 (りんご病)					
ウイルス性胃腸炎					
ウイルス性結膜炎					
伝染性膿痂疹 (とびひ)					
水痘					
その他 ()					

7 医療的ケアに関する事項

診断 名		
通 院・ 療育の 状 況	医療機関①	名 称： (連絡先) 診 療 科： 通院頻度：
	医療機関②	名 称： (連絡先) 診 療 科： 通院頻度：
	医療機関③	名 称： (連絡先) 診 療 科： 通院頻度：
	療育期間	名 称： (連絡先) 診 療 科： (担当者) 通所頻度：
	訪問看護 ステーション	名 称： (連絡先) 診 療 科： (担当者)

		通所頻度：		
手帳等の取得状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳： <input type="checkbox"/> 療育手帳： <input type="checkbox"/> その他（ ）：			
医療的ケア	概要	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（ <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内部） <input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻） <input type="checkbox"/> 酸素療法（ <input type="checkbox"/> 酸素カニューレ <input type="checkbox"/> マスク） <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖管理 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ネブライザーを使用した吸入（気管切開 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）		
	かかりつけ医	名称： 住所： 連絡先：		
	主治医			
	服薬状況	<input type="checkbox"/> あり（内容： 回数： 回/日） <input type="checkbox"/> なし		
児童の状態	姿勢	変え方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ()	
		保ち方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ()	
		歩行について	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	呼吸	<input type="checkbox"/> 障がいあり（内容： ） <input type="checkbox"/> 障がいなし		
	食事	食形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 流動食	
		経口摂取	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		誤嚥	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 多々ある <input type="checkbox"/> まれにある <input type="checkbox"/> ない	
	排泄	尿	尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
			方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他（ ）
		便	便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
方法			<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
浣腸	必要	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	頻度	回/日		
着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助（ ）			
その他				

緊急 対応 等	状態等	
	対応	
	過去の 事案	
	緊急 通報の目安	
集団 生活 上の 留意 事項		

8 家庭に関する事項

家族及び同居している人	ふりがな 氏名	申込児童との 続柄	生年月日	勤務先及び学校名等
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
			年 月 日	
緊急連絡先 (優先順)	氏名	申込児童との 続柄	連絡先	電話番号
	①			自宅 携帯
	②			自宅 携帯
	③			自宅 携帯

<通所について>

<経路の略図>

実際の通園経路をご記入ください

	自宅から	k m	所要時間	分
通所方法	登所		降所	
主な送迎者	①	②	③	
<備考>				

9 保育に関する事項

(1) 児童について

性格		
好きな遊び	屋内	
	屋外	

(2) 保育所へ希望する事項について

久喜市長 あて
久喜市福祉事務所長 あて

上記のとおりです。

保護者署名 _____

初回記入日	更 新 日			
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日