

医療的ケア児に関する生活状況調査票

日頃から本市の福祉、保健施策にご理解とご協力をいただきありがとうございます。

本市では、医療的なケアが日常的に必要な児童について、利用している障害福祉サービスや必要な医療的ケア等の状況を把握し、今後の支援や施策等を検討するため、生活状況調査を実施いたします。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ではございますが、調査にご協力をいただきますようお願いいたします。

令和2年11月 相模原市 健康福祉局 地域包括ケア推進部 高齢・障害者福祉課

【本調査について】

本調査は、相模原市内に在宅で生活している、人工呼吸器やたんの吸引、経管栄養等の医療的なケアが日常的に必要な児童とその保護者を対象に生活状況の調査を行うものです。ご記入は、令和2年10月1日現在の状況をお書きください。

ご記入後、調査票につきましては、返信用封筒に入れて、令和2年 月 日までにポストに投函くださいますようお願いいたします。

なお、重複して調査票が配布される場合がありますが、回答は1回で結構です。

【個人情報の提供に関する同意について】

ご記入いただきました内容を市の関係部署において情報の共有を図り、適切な支援につなげていきたいと考えております。個人情報の提供・市役所内での情報共有に同意を頂ける方は、次の同意書に署名と下記の生年月日、住所等の記入をお願いします。

※同意は任意です。同意されない場合には、次ページからの調査項目のみご回答ください。

個人情報の提供に関する同意書

私は、相模原市が行う医療的ケア児に関する本調査票に記載する私の個人情報(各調査項目を含む。)について、相模原市が医療的ケア児の支援、施策等の検討のため、相模原市が保管・集約し、関係部署で情報共有することに同意します。

令和 年 月 日

お子さまの氏名

保護者(代諾者)氏名

※ご記入をいただきました個人情報については、医療的ケア児の支援及び施策の検討以外の目的に利用することはありません。

(ふりがな) お子さまの氏名		性 別	男性 女性
		生年月日	平成 年 月 日(歳) 令和
(ふりがな) 保護者氏名		続 柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 その他 ()
住 所	相模原市		
電話番号			

【お子さまの状況調査】

<p>問1 障害者手帳等</p> <p>※該当するものすべてに○を付け、()に等級・程度を記入してください。</p>	<p>身体障害者手帳（総合等級： 級）</p> <p>①視覚障害（ 級） ②聴覚又は平衡機能障害（ 級）</p> <p>③音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害（ 級）</p> <p>④肢体不自由（ 級（上肢 級、下肢 級、体幹 級））</p> <p>⑤心臓、腎臓又は呼吸器の機能障害（ 級）</p> <p>⑥膀胱又は直腸の機能障害（ 級） ⑦小腸の機能障害（ 級）</p> <p>⑧肝臓の機能障害（ 級） ⑨免疫機能障害（ 級）</p> <p>⑩ 療育手帳（程度： ）</p> <p>⑪ 精神障害者保健福祉手帳（等級： 級）</p> <p>⑫ 重症心身障害児の認定</p> <p>⑬ 上記①～⑫の該当なし</p>
<p>問2 障害等の原因となる診断名又は疾病名と発症時期</p> <p style="text-align: right;">（発症時期 歳 頃 ）</p>	
<p>問3 小児慢性特定疾病医療受給者証の有無 ①有り ②無し</p>	
<p>問4 特定医療費（指定難病）医療受給者証の有無 ①有り ②無し</p>	
<p>問5 運動機能について（右の項目のうち、できることすべてに○を付けてください。）</p>	<p>①定頸（首がすわっている） ②寝返り ③自力で座位</p> <p>④這う ⑤つかまり立ち・膝立ち ⑥伝い歩き</p> <p>⑦車椅子（ i 電動 ii 自操 【移乗】 i 介助 ii 自立）</p> <p>⑧介助歩行 ⑨自立歩行（【補装具】有り 無し）</p>
<p>問6 コミュニケーションの方法として、該当するものすべてに○を付けてください。</p>	<p>①会話・発語 ②手話 ③筆談 ④表情</p> <p>⑤手振り・しぐさ ⑥コミュニケーションボード</p> <p>⑦意思伝達装置・会話補助機器</p> <p>⑧その他（ ）</p>
<p>問7 日常的に必要なとする医療的ケアについて</p> <p>※該当するものすべてに○を付けてください。</p>	<p>①人工呼吸器（ i 気管切開 ii マスク iii 鼻カニューレ）</p> <p>②気管切開 ③鼻喉頭エアウェイ ④在宅酸素療法</p> <p>⑤吸引 ⑥吸入（ネブライザー）</p> <p>⑦経管栄養（ i 経鼻 ii 胃ろう iii 腸ろう）</p> <p>⑧中心静脈栄養（IVH） ⑨導尿 ⑩ストーマケア</p> <p>⑪パルスオキシメーター ⑫血糖測定</p> <p>⑬その他（ ）</p>
<p>問8 現在かかっている医療機関についてご記入ください。</p> <p>また、主たる医療機関以外で、利用しているものに、○を付けてください。</p>	<p>【主たる医療機関と診療科、1月あたりの通院日数】</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">1月あたりの通院日数 日</p> </div> <p>【上記以外の医療機関等】</p> <p>①地域のクリニック（診療所） ②訪問診療</p> <p>③訪問看護 ④リハビリテーション</p>

問 15 お子さまに関 することの主な相談 先に、○を付けてく ださい（複数可）。	①主治医 ②訪問看護の看護師 ③通学、通園先 ④障害福祉サービス事業所等（ ） ⑤市の子育て関係の担当 ⑥市の障害福祉関係の担当 ⑦子育てサークル ⑧民生委員・児童委員 ⑨その他（ ）
問 16 災害時の対策 として、普段から備 えている医療・介護 用品に、○を付けて ください（複数可）。	①吸引用具 ②手動式吸引器 ③経管栄養器具 ④経管栄養剤 ⑤酸素ボンベ ⑥紙おむつ ⑦衛生用品 ⑧ストーマ用品 ⑨防寒用具 ⑩電源用バッテリー又は発電機 ⑪常用薬 ⑫その他（ ）

【その他】

問 17 お困りごとや 行政や関係機関等へ のご意見等をご自由 にお書きください。 （該当のない項目は、 記入不要です。）	<p>【新型コロナウイルス感染症の影響で困っていること】</p> <p>【在宅生活であるとよい支援、よかった支援】</p> <p>【医療、障害福祉サービスの利用】</p> <p>【欲しい情報、これまでに役立った情報】</p> <p>【介護者（保護者）の健康状態、就労、経済的負担】</p> <p>【災害時の課題、必要な支援等】</p> <p>【その他】</p>
--	--

ご協力、ありがとうございました。

お問合せ 相模原市 健康福祉局 地域包括ケア推進部 高齢・障害者福祉課
電話：042-707-7055 FAX：042-759-4395