**医療的ケアに係る調査票（基本情報）**

**保護者が記入**

**※　本調査で記載していただいた情報や利用されているサービスの状況などを行政上の基礎資料（災害時の支援や就学援助など）とすることに賛同いただける方は次の同意欄にサインをお願いします。**

**なお、個人情報を含む情報を行政以外の機関と共有する必要がある場合には、別途ご相談します。**

**【同意欄】**

**調査対象児の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先、障害の状況（障害種別や医療的ケアの内容等）、障害者総合支援法及び児童福祉法に基づくサービスの利用状況を行政上の基礎資料としていただいて構いません。**

令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日

署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（調査対象児との続柄：　　　　）

（行政からの情報提供を送付することがあります。）

連絡先　　電　話：

　　　　　　　　　　　メール：

　　**①下記調査項目について、詳しい内容を医療関係者に直接確認することへの同意**

**同意する　　　　　　　　　同意しない**

**②下記調査項目について、医療的ケア児コーディネーターと情報を共有することへの同意**

**同意する　　　　　　　　　同意しない**

**①　医療的ケアが必要なお子さん（以下「調査対象児」という。）について**

（１）氏名

（２）生年月日　　　　 　平成　・　令和　　　　　　年　　　　　月　　　　　日

（３）居住地　　　　　 北九州市　　　　　　　　区

（４）主たる疾患名

**②　医療的ケアに係る要望等があれば自由に記載してください。**

**例）就学（園）先、災害時の支援、利用したい支援やサービスなど**

**③　今後、災害時の支援や就学援助等に伴う追加調査にご協力いただけますか。**

　　**はい　　・　いいえ**

**④　医療的ケアが必要なお子さん（以下「調査対象児」という。）について**

　　　※医療機関の主治医や事業所の担当者等もご記入いただければ助かります

**（１）かかりつけの医療機関等**

かかりつけ医療機関名：

担当医：　　　　　　　　　　月　　　回通院　／　訪問　　　回

上記以外の医療機関名：

担当医：　　　　　　　　　　月　　　回通院　／　訪問　　　回

　訪問診療　（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　訪問看護　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　訪問歯科　（医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

入浴サービス　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　薬局による薬の宅配　（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**（2）必要な医療的ケアに〇をつけてください。**

**（わかる範囲内で記入してください。）**

ア．人工呼吸管理　（気管切開・マスク）（常時・夜間のみ）

　　　　イ．在宅酸素療法　　　　　　　　　　 （常時・夜間のみ）

　　　　ウ．気管切開のみ

　 エ．気管内や口腔内の吸引　　　　　 　（常時・体調不良時のみ）

　　　　オ．経管栄養 （種類：　経鼻　　胃ろう　　腸ろう）

**調査項目は以上です。ご協力いただきまして、誠にありがとうございました。**