

医療的ケア

	病院名	疾患名	医師名	年齢	通院状況
例	〇〇小児科		〇〇先生	〇歳～	〇年・〇月・〇週に〇回
内科					
小児科					
歯科					
皮膚科					
整形外科					
	服薬中の薬	有・無	(内容)		
医療的ケアの状況 ※複数回答可	状況		該当	備考	
	レスピレータ(人工呼吸器)管理				
	気管内挿管、気管切開				
	鼻咽頭エアウェイ				
	酸素吸入				
	6回/日以上での頻回の吸引				
	ネブライザー 6回/日以上または継続使用				
	IVH(中心静脈栄養)				
	経管(鼻・胃ろう含む)				
	腸ろう・管栄養				
	接続注入ポンプ使用(腸ろう・管栄養時)				
	継続する透析(腹膜灌流を含む)				
	定期導尿(3/日以上)				
	人工肛門				
てんかん					
(訪問) ①看護 ②理学療法 ③作業療法 ④言語療法	(事業所名)		(内容)		
重度障害者登録カード	登録年月日: 年 月 日 (歳)				
小児慢性特定疾患	(疾患名)		(小児慢性特定疾患) 申請: 済・未 受給者証: 有・無		
特記すべき事項 (心身の状態・支援の方法)					

作成: 年 月