

# 相談内容

相談件数

登録簿 No.

年 月 日 ( )

ふりがな 氏 名	児童名： 年 月 日 歳 ヶ月	男・女 病名： 術式：
-------------	--------------------	-------------------

相談内容	保育園関連 ・ 育児 ・ 子どもの発達 ・ 家族 ・ 仕事 ・ 精神面 健康面 ・ 社会資源 ・ その他( )
医療的ケアの 内 容	<input type="checkbox"/> 痰吸引(気管切開部、口腔・鼻腔内) <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> 酸素療法(酸素カヌラ・酸素マスク) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 血糖管理 <input type="checkbox"/> ネブライザーを使用した吸入 <input type="checkbox"/> その他( )
ケアの具体的な 内 容	<b>【喀痰吸引】</b> 回数：      回/日    吸引カテーテルサイズ( )Fr. 挿入の長さ( )cm <b>【吸入】</b> 内容：      回数：      回/日 <b>【経管栄養】</b> 内容：      回数：      回/日 チューブのサイズ( )Fr. 挿入の長さ( )cm <b>【導尿】</b> 回数：      回/日 カテーテルのサイズ( )Fr. 挿入の長さ( )cm <b>【その他】</b>
ご家庭で気を付けて いること	
緊急時の対応	
かかりつけ 医療機関	中核医療機関 ( ) 地域かかりつけ医療機関( )
内服状況	内服薬 有 ・ 無 内服薬の内容 ( ) 回/日
家族構成 キーパーソン	父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母 その他( ) (主に日常関わる時間の長い人)：
社会資源の 利用の有無	療育施設 ・ 児童発達支援 ・ 短期入所施設 ・ 訪問看護ステーション リハビリステーション ・ ベビーシッター ・ ファミリーサポート ・ 緊急サポート その他( )
福祉・医療の 手続き有無	特別児童扶養手当 ・ 障害児福祉手当 ・ 自立支援医療(精神保健福祉手帳) 療育手帳(等級：□A A      □B B      その他 ) 障害福祉サービス受給者証 ・ 身体障がい者手帳(種類、等級) 重度医療 ・ 乳幼児医療 ・ ひとり親医療 ・ 生活保護 その他( )

