

様式第2号

保育所等における医療的ケアの実施に関する相談票

児 童 氏 名 :	生 年 月 日 :	年	月	日
保 護 者 氏 名 :	記 入 日 :	年	月	日

発 達 の 経 過	出生時体重	g		
	在胎週数	週（修正月齢での保育が必要な場合 か月）		
	出生時の状況			
	動作・歩行等	首すわり	☐ した（ か月）	☐ しない
		寝返り	☐ した（ か月）	☐ しない
		お座り	☐ した（ か月）	☐ しない
		ハイハイ	☐ した（ か月）	☐ しない
		つかまり立ち	☐ した（ か月）	☐ しない
		歩き始め	☐ した（ か月）	☐ しない
	ひきつけ・発作	☐ 有 ☐ 無 初回（ 歳 か月） 発作時の発熱 ☐ 有（ ℃程度） ☐ 無 現在までの発作回数（ 回）		
	下肢	☐ よく動く ☐ 片足が不自由 ☐ 動かせない ☐ その他（ ）		
	上肢	☐ よく動く ☐ 細かい動きが難しい ☐ 片手が不自由 ☐ 動かせない ☐ その他（ ）		
	利き手	☐ 右 ☐ 左		
	視力	☐ よく見える ☐ 弱視 ☐ その他（ ）		
聴力	☐ よく聞こえる ☐ 聞こえが悪い ☐ その他（ ）			
話し始め	☐ 喃語（ か月） ☐ 意味ある単語（ か月） ☐ 話せない			
コミュニケーション	☐ よく話す ☐ あまり話さない ☐ 会話のやりとりができる（単語・二語文・文章） ☐ 聞き取りにくい ☐ 話せないが相手の言うことは分かる ☐ 話せない ☐ 絵カードを使う ☐ 表情で伝える ☐ その他（ ）			

現在の状況	身長・体重	cm ・ kg
	病名・障害名	
	手帳等の状況	☐ 身体障害者手帳 (級) ☐ 知的障害者手帳(療育手帳) (A ・ B) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 (級) ☐ 特別児童扶養手当 (級)
	通院・療育・訪問看護の状況	医療機関名()診療科()通院頻度(回／) 医療機関名()診療科()通院頻度(回／) 療育機関名()通所頻度(回／) 訪問看護機関名()利用頻度(回／)
	服薬	☐ 無 ☐ 有 (種類・回数等:)
食事	時刻	朝食 (時頃) 昼食 (時頃) 夕食 (時頃)
	食欲	☐ 旺盛 ☐ 普通 ☐ 小食
	おやつ	1日 (回) / 時刻() 内容 ()
	偏食・嗜好	好きなもの () 嫌いなもの ()
	食べ方	☐ 自分で食べる ☐ 助けがあれば自分で食べる ☐ 食べさせてもらう
	食具	☐ 手づかみ ☐ スプーン ☐ フォーク ☐ 箸 ☐ 経管栄養
	アレルギー	☐ 有 () ☐ 無
排泄	おむつ使用	☐ 有 (1日の交換回数: 回) ☐ 無
	排尿	☐ 教える ☐ 出してから教える ☐ 教えない ☐ 時間で連れていく ()時間間隔
	排便	☐ 教える ☐ 出してから教える ☐ 教えない 回数 (日に 回) 時間 (☐ 朝 ☐ 昼 ☐ 夜 ☐ 不定)
	導尿	☐ 有 ☐ 無
睡眠	起床	時刻 (時 分頃) 寝起き (☐ よい ☐ 悪い)
	就寝	時刻 (時 分頃) 寝つき (☐ よい ☐ 悪い)
	寝かせ方	☐ ひとりで寝る ☐ 添い寝する ☐ 大人がそばにいる ☐ 抱いて寝る ☐ その他 ()
	昼寝	☐ しない ☐ する (時 分 ~ 時 分)
	くせ	

