

## 【府中市】医療的ケア児に関する実態把握調査票

### ○個人情報の取り扱いについて

ご回答いただいた調査票は、府中市における医療的ケア児及びそのご家族の実態を把握することで、医療的ケア児への支援施策を研究するための基礎資料として、府中市医療的ケア児支援推進会議で利用します。

なお、ご回答いただいた個人情報のうち、氏名・生年月日・住所については、府中市福祉保健部障害者福祉課のみの取扱いとし、障害者福祉課以外の部署及び府中市医療的ケア児支援推進連携会議には提供しません。

#### 【同意欄】

上記の内容に同意します。

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

署 名 \_\_\_\_\_ (調査対象児との続柄：\_\_\_\_)

医療的ケアのあるお子様についてお伺いします。

### 1 基本情報

氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日
住所	府中市 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番地の _____			

### 2 障害者手帳等の所持状況

※次の項目の中で、当てはまるものの全てに「○」をつけ、該当の項目に記入してください。

①	身体障害者手帳	種	級	【主な障害】	
②	愛の手帳（療育手帳）		度		
③	精神障害者保健福祉手帳		級	【主な障害】	
④	特定医療費（指定難病） 受給者証			【疾病名】	
⑤	小児慢性特定疾病医療 受給者証			【認定病名】	
⑥	①～⑤の手帳等は所持していない				

### 3 身体機能面について（下肢機能に関すること）

※次の項目の中で、最も近い状態にひとつ「○」をつけてください。

①	ほとんど寝たまま自力では 起き上がれない	④	歩くことは出来るが、走ることは 出来ない
②	座ることは出来るが、立ち上 がることは出来ない	⑤	特に問題ない（走ることも出来る）
③	立ち上がることは出来るが、 歩くことは出来ない		

～裏面に続きます～

#### 4 必要な医療的ケアについて

(1) 医療的ケアを有する原因となった  
主な疾患名

(2) 医療的ケアの種類

※次の項目の中で、当てはまるものの全てに「○」をつけてください。

(保護者のわかる範囲でご回答ください。)

①	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器の管理	(鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む)
②	<input type="checkbox"/>	気管切開の管理	
③	<input type="checkbox"/>	鼻咽頭エアウェイの管理	
④	<input type="checkbox"/>	酸素療法	
⑤	<input type="checkbox"/>	吸引	(口鼻腔・気管内吸引)
⑥	<input type="checkbox"/>	ネブライザーの管理	(薬液の吸入、加湿)
⑦	<input type="checkbox"/>	経管栄養	(経鼻胃管、胃ろう、経鼻腸管、経胃ろう腸管、腸ろう、食道ろう) (持続経管注入ポンプ使用)
⑧	<input type="checkbox"/>	中心静脈カテーテルの管理	(中心静脈栄養、肺高血圧症治療薬、麻薬など)
⑨	<input type="checkbox"/>	継続的な透析	(血液透析、腹膜透析を含む)
⑩	<input type="checkbox"/>	導尿	(間欠的導尿) (持続的導尿(尿道留置カテーテル、膀胱ろう、腎ろう、尿路ストーマ))
⑪	<input type="checkbox"/>	人工肛門	(消化管ストーマ)

→上記①～⑪のほか、必要なケアがある場合はご記入ください。

(例)皮下注射、血糖測定、排便・洗腸、浣腸、けいれん時の坐剤挿入など

○提出者氏名

(調査対象児との続柄：

調査項目は以上です。ご協力ありがとうございました。

今後、ニーズ等を調査するため、追加のアンケートを実施することを考えています(令和4年度を想定)。追加のアンケートにご協力をいただける場合は、下記の項目にご記入をお願いします。

今後のアンケートに協力します。

カガナ

メールでの配付を希望

( メール  
アドレス

郵送での配付を希望

※「1 基本情報」欄の住所に郵送します。

今後のアンケートに協力しません。

