

基本情報

フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	H・R 年 月 日(満 歳)
		クラス	年少・年中・年長

当てはまるものに○もしくはご記入ください。

1. 疾患名	保護者からお聞きしている主な疾患名をご記入ください。 (疾患名:)		
2. 本人の状態			
(1) 身体機能	移動	①自立歩行 ②補助が必要(補装具・車いす自走・介助者の支え) ③ずり這い ④不可	
	座位	①自立 ②補助が必要(補装具・座位保持椅子) ③不可	
(2) 知的発達(発達の遅れ)	有・無・判断できない		
(3) 身体的配慮の有無	有・無 (有の場合、具体的に:)		
(4) 集団行動 (散歩・行事等)	① 参加している ② まだ参加していないが今後参加する予定 ③ 配慮が必要で検討中(配慮点:)		
3. 医療的ケア			
(1) 医療的ケアの有無	有(→(2)へ)・無(→4.就学へ)		
(2) 園や事業所、自宅で 行っているケアや医療機器 (複数回答可)	①気管切開・②気管カニューレ・③人工呼吸器管理・④吸引(気切・口鼻) ⑤鼻咽頭エアウェイ・⑥吸入(ネブライザー)・⑦酸素療法 ⑧経鼻栄養チューブ・⑨胃瘻・⑩腸瘻・⑪中心静脈栄養・⑫導尿 ⑬人工肛門・⑭インスリン注射・⑮腹膜透析 ⑯その他()		
(3) ケアの所要時間	医療的ケアにかかる時間をご記入ください。 ① 回/日(時頃、 時頃)、 分/回 ②通園中は実施していない(自宅でケアしている)		
(4) 実施者	3(2)で回答した医療的ケアを実施する方に○をつけてください。 ①保育士 ②看護師(園所属・訪問看護師) ③保護者 ④本人		
4. 就学			
(1) 保護者の希望	①聞いている(→(2)へ)・②聞いていない(→設問は以上です)		
(2) 希望している学校 ※複数回答可	①市立小学校 ②私立小学校 ③特別支援学校 ④児童クラブ		
5. 個別避難計画の作成	有・無(作成を希望する・作成の希望はない)		
6. 所属しているまたは関わりがあるネットワーク			
(1) ネットワーク	有・無		
(2) 有の場合 ネットワーク			