

重症心身障害者及び医療的ケアのある方の把握調査個票

記入日 令和 年 月

事業所名

記入者名

フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	S・H 年 月 日( 歳)
事業所利用日 (利用日に○)	月・火・水・木・金・土 その他( )	居住区	葵・駿河・清水
併用利用事業所			

1. 医療的ケア	有・無
2. 医療的ケアの種類 (有の方のみ)	気管切開・気管カニューレ・人工呼吸器管理 吸引(気切・口鼻)・鼻咽頭エアウェイ 吸入(ネブライザー)・酸素療法 経鼻栄養チューブ・胃瘻・腸瘻・中心静脈栄養・ 導尿・人工肛門・インスリン注射・腹膜透析 その他( )
3. 日常的に必要な 医療物品	吸引カテーテル( Fr)・アルコール綿 栄養用カテーテル・注入用シリンジ・栄養ボトル・栄養セット 導尿カテーテル・清浄綿 その他( )
4. 計画相談支援事業所	担当者
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	有・無
ネットワーク (有の方のみ) ※複数回答可	

上記内容に関して生活介護事業所管理者より医療的ケア児等コーディネーターへ情報提供することに同意します。

年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

代筆者 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_