

(様式第4号)

医療的ケア児保育施設等利用事前調査票

年 月 日

(宛先) 旭川市長

保護者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

ふりがな 児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
利用希望年月日	年 月 日より		
受けようと する認定区分	<input type="checkbox"/> 1号 (幼稚園等の利用を希望する、満3歳以上の子ども) <input type="checkbox"/> 2号又は3号 (保育の必要性があって、保育所等の利用を希望する子ども) 父 : <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 母 : <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
利用を希望 する施設名	<ul style="list-style-type: none">・ 第1希望・ 第2希望・ 第3希望		
利用希望 の頻度	①週当たりの利用希望日数	週 回程度	
	②1日の利用希望時間帯	午前・午後 時頃 から 午前・午後 時頃まで	
対象児童の 医療的ケア の状況	<p>①診断名及び主治医</p> <ul style="list-style-type: none">・ 診断名 :・ 主治医 (医療機関名) : <p>②必要となる医療的ケアの内容</p> <p>③通院、療育の利用状況</p> <ul style="list-style-type: none">・ 医療、療育機関名 :・ 通院、通所頻度 : 回程度 / 週 ・ 月 ・ 年 <p>④障害者等手帳の交付状況</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 : _____)</p> <p>⑤アレルギーの有無</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 : _____)</p>		

対象児童の 心身状況	①身長 ()・体重 () ②姿勢・運動 <ul style="list-style-type: none"> ・姿勢変更 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>部分介助 <input type="checkbox"/>全介助 ※介助時の注意点 () ・姿勢維持 <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>介助や支えが必要 ※使用している装具等 () ・運動 <input type="checkbox"/>立位保持可 <input type="checkbox"/>伝い歩き可 <input type="checkbox"/>軽介助にて歩行可 <input type="checkbox"/>自立歩行可 <input type="checkbox"/>寝返り可 ③移動 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>つかまり歩行 <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>抱っこ <input type="checkbox"/>車椅子 <input type="checkbox"/>バギー <input type="checkbox"/>その他 () ④コミュニケーション <ul style="list-style-type: none"> ・言語 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>囁語 <input type="checkbox"/>単語程度 <input type="checkbox"/>二語文程度 <input type="checkbox"/>文章 <input type="checkbox"/>表情・仕草 <input type="checkbox"/>その他 () ・言語理解 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>理解している <input type="checkbox"/>ある程度理解している <input type="checkbox"/>理解できていない 					
	集団生活において配慮が必要な点					
	時間	生活（起床・就寝・食事・遊び等）			医療的ケア・投薬等	
	6 : 0 0					
	7 : 0 0					
家庭での1日 の生活の流れ	8 : 0 0					
	9 : 0 0					
	1 0 : 0 0					
	1 1 : 0 0					
	1 2 : 0 0					
	1 3 : 0 0					
	1 4 : 0 0					
	1 5 : 0 0					
	1 6 : 0 0					
	1 7 : 0 0					
	1 8 : 0 0					
	1 9 : 0 0					
	2 0 : 0 0					
	2 1 : 0 0					
	2 2 : 0 0					
	2 2 : 0 0					
	2 3 : 0 0					