

# 医療にかかわる調査票

(令和7年度版)

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 児童名		男 女	年齢	歳	生年 月日	年 月 日
現 病 歴						
通院・療養の状況	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/
入退院歴及び 入退院予定						
手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 障害名： ( 級) 障害名： ( 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 度 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
身長／体重	身長： c m 体重 k g ( 月 日測定)					
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 会話 (単語・二語・文章) <input type="checkbox"/> 理解力 <input type="checkbox"/> 対人関係					
投 薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 ) 朝・昼・夕					
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度 状況 )					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
運動機能	首のすわり ( か月)・寝返り ( か月)・座位 ( か月) はいはい ( か月)					
姿勢・ 移動	姿勢の 変え方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) 介助時の注意点 ( )				
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要				
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他				
排 尿	尿	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回/日)			
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 導尿 ( 回/日) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	便	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回/日) 使用中の薬剤			
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 浣腸 ( 回/日) <input type="checkbox"/> その他 ( )			

食事	方法内容	□経口	状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全解除
			内容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 飲料 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
		□経管栄養	種類 <input type="checkbox"/> 経鼻(胃腸・十二指腸)栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
			注入内容
			注入量・回数 ( )
呼吸管理	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	薬剤の吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
その他	集団生活を送るうえで配慮が必要な点		