

## 医療的ケア児等相談受付票（記入例）

		番号		-	
受付日時	西暦	年	月	日 ( )	対応者氏名
相談方法	来所・訪問 ( ) ・電話・メール・その他 ( )			相談時間	時 分～ 時 分
相談者	本人・家族(続柄) ・その他 (機関・事業所名: )				
ふりがな			自宅:	-	-
相談者氏名 <small>※本人以外の場合</small>	連絡先		携帯:	-	-
			メール:	@	
住所	〒				

【基本情報】					
ふりがな			<input type="checkbox"/> 男	生年月日	年 月 日生
本人氏名			<input type="checkbox"/> 女	年齢	歳
就学状況	<input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 就学 (学校名 ) <input type="checkbox"/> その他				
住所	〒 -				
連絡先	自宅	-	-	携帯	-
	FAX	-	-	メール	@

【相談内容】	
相談内容別	<input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 生活面 <input type="checkbox"/> 諸手続き <input type="checkbox"/> その他
希望 本人	
希望 家族	
関係機関への要望	

【所見・課題】
<ul style="list-style-type: none"> <li>・適切な医療を受けられているか？ ・適切な福祉支援を受けられているか？</li> <li>・適切な教育、発達支援を受けられているか？ ・家族の生活の質は保たれているか？</li> <li>・家族の関係性を保って、家族の時間やイベントを大切に考えているか？ ・子どもの特徴と暮らしづらさの問題点抽出</li> <li>・医療ケアが及ぼす暮らしづらさに対応すべき援助課題の抽出</li> </ul> <p>(医療ケアの整理、家族の日常的な医療ケアに対する理解と技術の習得状況)</p> <p>(急変時、体調不良時の家族、支援者の応急処置の習得状況の把握)</p>

【対応】



【環境】	
地域の環境	<input type="checkbox"/> 医療機関（ ） <input type="checkbox"/> 教育機関（ ） <input type="checkbox"/> 行政機関（ ） <input type="checkbox"/> 近隣（自宅周辺の道路の幅など）（ ）
自宅の環境	<input type="checkbox"/> 動線の確保（玄関・出入口、廊下の幅、エレベータの必要有無、生活動線）（ ） <input type="checkbox"/> ベッド、電源、医療ケア物品配置（ ） <input type="checkbox"/> 浴室の環境（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
【支援に関する状況】	
障がい者手帳等 医療費助成等	身体障害者（ ）級）・精神（ ）級）・療育（ ）度）
	小慢 ・難病 ・その他（ ）
	無⇒取得の確認をしたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 相談支援専門員担当者（ ）
サービス利用内容	<b>【現状】</b>  <b>【希望】</b>
困った時に相談 できる人や機関	<input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> なし
【連携】	
現在の関係機関 今後必要な連携	医療、保健、福祉、保育、教育、地域
現在の状態 今後の見通し	（現在の状況） ・心身の障害（身体、精神、知的、発達）加えて、様々な医療ケアがある状況 （今後の医療ケアを受けながら、安心安全な暮らしに向けて準備できること） ・安定した暮らしのため（ ） ・将来に向けて体験や選択を増やすため（ ） ・医療ケアの理解をうけて、地域への参加できる環境をつくるため（ ）
【対応方法】	
【備考】	

# 医療的ケア児等相談受付票

		番号		-			
受付日時	西暦	年	月	日 ( )	対応者氏名		
相談方法	来所	その他 ( )			相談時間	時	分～ 時 分
相談者	本人・家族(続柄) ・ その他 (機関・事業所名: )						
ふりがな					<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	
相談者氏名 <small>※本人以外の場合</small>			連絡先	メールアドレス			
住所	〒						

【基本情報】							
ふりがな			<input type="checkbox"/> 男	生年月日	年	月	日生
本人氏名			<input type="checkbox"/> 女	年齢	歳		
就学状況	<input type="checkbox"/> 未就学 <input type="checkbox"/> 就学 (学校名 ) <input type="checkbox"/> その他						
住所	〒						
連絡先	自宅	-	-	携帯	-	-	
	FAX	-	-	メール		@	

【相談内容】	
相談内容別	<input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 生活面 <input type="checkbox"/> 諸手続き <input type="checkbox"/> その他
希望 本人	
希望 家族	
関係機関への要望	

【所見・課題】

【対応】



【環境】	
地域の環境	<input type="checkbox"/> 医療機関（ ） <input type="checkbox"/> 教育機関（ ） <input type="checkbox"/> 行政機関（ ） <input type="checkbox"/> 近隣（ ）
自宅の環境	<input type="checkbox"/> 動線の確保（ ） <input type="checkbox"/> ベッド、電源、医療ケア物品配置（ ） <input type="checkbox"/> 浴室の環境（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
【支援に関する状況】	
障がい者手帳等 医療費助成等	身体障害者（ ）級・精神（ ）級・療育（ ）度
	小慢 ・ 難病 ・ その他（ ）
	無⇒取得の確認をしたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 相談支援専門員担当者（ ）
サービス利用内容	<b>【現状】</b>  <b>【希望】</b>
困った時に相談 できる人や機関	<input type="checkbox"/> ある（ ） <input type="checkbox"/> なし
【連携】	
現在の関係機関 今後必要な連携	
現在の状態 今後の見通し	
【対応方法】	
【備考】	