

児童状況調査票

児童氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
現病歴	診断名： (歳 か月)		
	診断名： (歳 か月)		
	診断名： (歳 か月)		
医療機関・診療科名	受診頻度	診療内容	
主治医：	週・月 回 又は 不定期		
かかりつけ医：	週・月 回 又は 不定期		
その他：	週・月 回 又は 不定期		
その他事業所名	利用頻度	利用内容・目的	
療育：	週・月 回 又は 不定期 週・月 回 又は 不定期		
訪問看護：	週・月 回 又は 不定期		
その他：	週・月 回 又は 不定期		
手帳等の状況	☐ 身体障害者手帳 (種 級) あり・申請中 ☐ 療育手帳 (A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2) あり・申請中 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 (級) あり・申請中 ☐ 特別児童扶養手当の受給 あり・申請中		
身長・体重	身長： cm 体重： kg (測定日： 年 月 日)		
コミュニケーション	☐ 会話 (喃語・単語・二語文・文章) ☐ 絵カード ☐ 表情 ☐ その他 ()		
生育歴	妊娠中	異常の有無： なし ・ あり ()	
	出産時	在胎週数： 週 日 出生体重： g 分娩時の異常の有無： なし ・ あり () 分娩経過 (頭位 ・ 骨盤位 ・ その他) 特記事項： 医療機関名：	
	入院中の状況	治療： なし ・ あり (挿管・酸素投与・経管栄養・その他)	
	退院時の状況	退院時サマリーの添付 可・否 (年 月 日退院)	

内服薬（定時薬）		なし ・ あり ※ありのときは、お薬手帳又は薬剤情報のコピーを添付してください。
とんぷく薬		なし ・ あり ※ありのときは、お薬手帳又は薬剤情報のコピーを添付してください。
てんかん発作	なし・あり	«ありの場合» 最終発作の日時： 年 月 日 時 誘発要因： 頻度・時間： 症状： 発作時の対応： 緊急搬送の目安：
アレルギー	なし・あり	«ありの場合» アレルゲン： 症状： 対応： アナフィラキシー反応： なし ・ あり エピペン： なし ・ あり ※本数(本) 期限() 処方薬： なし ・ あり（薬品名：)
運動機能		首すわり（ か月） 寝返り（ か月） 座位（ か月） 独歩（ か月） 発語（ か月）
姿勢・移動	姿勢変更	☐ 自立 ☐ 部分介助() ☐ 全介助 ※介助時の注意点（)
	姿勢維持	☐ 自立 ☐ 介助や支えが必要 ※普段使用している物品（) ※普段よくしている姿勢（)
	移動	☐ 自立 ☐ つかまり歩行 ☐ 歩行器 ☐ バギー ☐ 車いす（自走 ・ 介助 ・ 電動） ☐ その他（)
運動	☐ 立位保持可能 ☐ 伝い歩き可能 ☐ 軽介助にて歩行可能 ☐ 自立歩行可能 ☐ 寝返り可能	
身体	☐ 拘縮あり(箇所：) ☐ 拘縮なし ☐ 側弯あり(箇所：) ☐ 側弯なし ☐ 腹臥位あり(腹臥位マットの使用:あり・なし) ☐ 腹臥位なし	

自助具の使用	☐ あり(種類:) ☐ なし		
睡眠	☐ 問題なし ☐ 中途覚醒あり ☐ 不眠あり ☐ 睡眠薬使用あり		
清潔	・手洗い ☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 ・うがい ☐ 可能 ☐ 不可能 ・歯磨き ☐ 自立 ☐ 部分介助() ☐ 全介助 ・顔を拭く ☐ 自立 ☐ 部分介助() ☐ 全介助 ・更衣 ☐ 自立 ☐ 部分介助() ☐ 全介助		
尿	尿意	なし ・ あり (回/日)	
	方法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 導尿 (回/日) (☐ 導尿の実施 ☐ 自己導尿の補助) カテーテルサイズ (Fr) 挿入長さ (cm) メーカー () ☐ その他 ()	
便	便意	なし ・ あり (回/日) 使用中の薬剤：	
	方法	☐ トイレ ☐ オムツ ☐ 浣腸 ()回/日 浣腸液(ml) ☐ 摘便 ☐ 座薬(薬剤名:) ☐ その他 ()	
食事	☐ 自立 ☐ 部分介助() ☐ 全介助 ☐ 経口摂取 ☐ 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう・中心静脈栄養) トラブル： なし ・ あり ()		
	☐ 血糖値測定	定時 (時、 時、 時、 時) ☐ 食前 ☐ リブレ使用 ☐ その他()	
	☐ インスリン投与	① 時 分 種類() 単位() ② 時 分 種類() 単位() ③ 時 分 種類() 単位() ④ 時 分 種類() 単位() ⑤ その他()	
	姿勢： ☐ 抱っこ ☐ いす (座位保持装置・ 幼児用いす) ☐ その他 () 注意事項：		

呼吸	☐ 気管切開 年 月施行	☐ 単純気管切開 ☐ 咽頭気管分離 ☐ 人工鼻 ☐ スピーチカニューレ ☐ その他() カニューレ製品名： 内径： mm 交換頻度：1回／ トラブル： なし ・ あり (肉芽・)
	☐ 吸引	カテーテルサイズ： Fr 挿入長： cm 部位： ☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管内
	☐ 酸素吸入	流量： ℓ／分 ☐ 経鼻 ☐ マスク ☐ その他() 使用場面：
	☐ 吸入	薬剤吸入 ☐ インタール ☐ メプチン ☐ その他() 生食吸入 ()ml
発達		☐ 発達検査実施済み(年 月 日) →データ(あり・なし) ☐ 検査予定(年 月 日) 施設名() ☐ 検査希望
好きなもの		
好きな遊び		
関わり方で 気を付けて欲しい事		
その他		集団生活で配慮が必要なこと等

【在宅での1日の流れ】

時間	食事、水分補給、入浴、排泄、 遊び、外出、姿勢等	吸引、服薬、検温等の処置
1 : 00		
2 : 00		
3 : 00		
4 : 00		
5 : 00		
6 : 00		
7 : 00		
8 : 00		
9 : 00		
10 : 00		
11 : 00		
12 : 00		
13 : 00		
14 : 00		
15 : 00		
16 : 00		
17 : 00		
18 : 00		
19 : 00		
20 : 00		
21 : 00		
22 : 00		
23 : 00		
24 : 00		