様式５

**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:　　　　　㎝部位： □ 口腔内　　□ 鼻腔内　　□ 気管内 |
| □ 酸素吸入 | 流量：　　　　㍑／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 |  |  |