

# 重症心身障害児者・医療的ケア児者調査カード



該当するものに○を付けてください⇒ 1 重症心身障害児者 2 医療的ケア児者

※両方該当する場合は両方に付けてください

氏名(フリガナ)		( )		性別	
生年月日	S H R 年 月 日	障害や病気の発症年齢 a. 出生時 b. 歳	診断名・障害名 (複数ある場合は主なもの)		
住所	〒 -				
連絡先	電話 [ - - ] (自宅)		携帯電話 [ - - ]		
	メールアドレス [ ]				
家族構成 名前(続柄)	・ ( ) ・ ( ) ・ ( ) ・ ( ) ・ ( ) ※ 同居または頻繁に交流のある家族をご記入ください。				
下記の項目ごとに該当するものに○をつけてください。					
現在の居住生活の拠点 [ 在宅・施設入所・グループホーム入居・病院入院 ]					
運動機能障害の段階 (最も近い状態1つに○)			発達段階 (最も近い状態1つに○)		
1 : 寝たきり (寝返り 可 不可) 2 : 座位保持はできる 3 : 室内を伝い歩きなどで移動できる 4 : 歩行が限定的に可能 5 : 戸外でも介助なく歩ける			1 : 言語理解は難しい 2 : 簡単な言語理解があり、YES-NO を表現できる 3 : 言語での会話ができる 4 : 筆談ができる (言語での会話はできない)		
手帳の取得状況 (あり・なし)		障害・介護認定の有無		主治医	
1 : 身体障害者手帳 (種 級) 2 : 療育手帳 ( - ) 3 : 精神障害者福祉手帳 ( 級)		区 分 ( ) ※18歳以上の方 介護度 ( ) ※40歳以上の方		医療機関名 医 師 名 電 話	
日常的に必要な医療的ケア					
1 : 人工呼吸器(気管切開を介する呼吸器) 2 : 非侵襲型人工呼吸器(マスク式呼吸器) 3 : 気管切開 4 : 酸素吸入 5 : 鼻口腔吸引 6 : 気管内吸引 7 : 中心静脈栄養 8 : 皮下注射 (インスリン等) 9 : 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻等) 10 : 腹膜透析 11 : 血液透析 12 : 定期的な導尿 13 : 膀胱瘻 14 : 人工肛門 15 : 血糖値測定 16 : その他 [ ]					
現在利用中の医療機関・学校・福祉サービス等 (枠内に書ききれない場合は、欄外にご記入ください)					
1 : かかりつけ医療機関 [ ]		9 : 保育園・幼稚園 [ ]			
2 : 市内の医療機関 [ ]		10 : 特別支援学校 [ ]			
3 : 訪問看護 [ ]		11 : 普通学校支援級 [ ]			
4 : 訪問リハ [ ]		12 : 普通学校普通級 [ ]			
5 : 相談支援事業所 [ ]		13 : ヘルパー (居宅介護等) [ ]			
6 : 入所施設 [ ]		14 : 児童発達支援 [ ]			
7 : 短期入所 [ ]		15 : 生活介護 [ ]			
8 : 放課後等デイサービス [ ]		16 : その他 [ ]			

※裏面に続きます

災害時に備えていること	
1：自宅地域のハザードマップの確認 2：避難場所・避難ルート・避難方法の確認 3：家庭内での避難方法の共有 4：医療用具・衛生材料の備蓄 5：食料品・飲料水の備蓄 6：停電時の電源確保	7：停電時の医療機器への対応 8：要支援者名簿への登載 9：家族以外で支援を依頼できる人との情報共有 10：利用している各機関との情報共有 11：隣人・町内会での情報共有 12：その他 [ ]
大規模災害時に特別な配慮が必要なこと	備えたいこと・支援してほしいこと
特別な配慮が必要なことを自由にお書きください (例：停電するとエレベーターが止まり避難できない…等)	1：停電時の電源確保 2：緊急時の医療機関の利用 3：受け入れ可能な福祉避難所への避難 4：緊急時の消防等からの迅速な支援 5：医療物品・衛生材料の確保 6：食料品・飲料水の確保 7：その他 [ ]
大規模災害時に不安なこと、行政・医療機関等各機関に求めたい支援をお書きください	
利用したいが利用できていない障害福祉サービス（該当するサービスに○を付けてください。）	
1：日中系・居住系サービス [ 生活介護・短期入所・療養介護・入所施設・グループホーム・その他 [ ] ]	
2：訪問系サービス [ ヘルパー（居宅介護）・ヘルパー（重度訪問介護）・その他 [ ] ]	
3：児童系サービス [ 児童発達支援・医療型児童発達支援・放課後等デイサービス・その他 [ ] ]	
将来的な施設等への入所希望（あり・なし）	
・希望する施設等 1：グループホーム      3：医療型入所施設※2 2：福祉型入所施設※1    4：その他 [ ]	・入所を希望する時期 1：すぐにでも    2：数年以内    3：将来的に 理由
※1 障害者支援施設、福祉型障害児入所施設等のこと ※2 療養介護、医療型障害児入所施設等の医療機関併設施設のこと	
介護者の緊急時の支援の有無（現在の状況に最も近いものに○を付けてください。）	
1：緊急時利用可能な短期入所事業所等が決まっている。      3：頼る先がない（探している）。 2：近隣に頼ることのできる親族や知り合いがいる。      4：その他 [ ]	
市が設置する各区の障害者基幹相談支援センターには専門知識を有する医療的ケアコーディネーターを配置しています。回答内容を共有し、緊急時等の支援に活用させていただきますが、回答内容の共有を希望しない場合は、「希望しない」に✓を付けてください。 □ 希望しない（希望しない方のみ✓を付けてください）	

あて先) 千葉市長  
本実態調査に関し、千葉市に対する個人情報の提供に同意します。

令和\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日 本人氏名 \_\_\_\_\_  
代諾者氏名 \_\_\_\_\_ 代諾者住所 \_\_\_\_\_