

本人の状況に関する調査書(医療的ケア)

利用者氏名	性別 男 女	生年月日 S H 年 月 日 歳
病 名		
主治医	医師	医療機関名
受診状況		

下表の医療的ケアの有無と医療的ケアの内容や頻度、特記事項を記載してください。		
項目	必要性の有無	医療的ケアの内容・頻度、特記事項等
経管栄養(水分を含む)	有 無	
吸 引	有 無	
導 尿	有 無	
酸素吸入及び管理	有 無	
経鼻咽頭エアウェイ装着 及び管理	有 無	
気管切開部の衛生管理	有 無	
薬液の吸入	有 無	
胃ろう部・腸ろう部の衛生 管理	有 無	
専門的管理が必要な ストーマ装具(人工肛門・ 人工膀胱)の交換	有 無	