

令和5年度医療的ケア児者・重症心身障害児者等アンケート調査票

宛名のご本人が直接ご回答いただくことが難しい場合には、ご家族・介護者・支援者の方などが、ご本人の意向を可能な限り尊重していただき記入してください。

フリガナ 氏 名		生年月日	平成 令和 年 月 日
住 所	〒	連 絡 先	自宅 携帯

診 断 名			
障害や病気の発症年齢	現在の居住生活の拠点(該当するものに○を付けてください。)		
1 出生時 2 (歳)	1 在宅	2 施設	3 病院入院
手帳の取得状況(該当するものに○を付け等級等を記載してください。)			
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)	

運動機能障害の段階 (該当するもの全てに○を付けてください。)	発達段階 (該当するもの全てに○を付けてください。)
1 寝返りはできない(寝返り不可) 2 寝返りはできる(寝返り可) 3 座位保持はできる(座位保持可) 4 室内を伝い歩きなどで移動できる(室内移動可) 5 歩行が限定的に可能(室内歩行可) 6 戸外でも介助なく歩ける(戸外歩行可能)	1 日常生活に関する簡単な言語理解がない 2 日常生活に関する簡単な言語理解はある 3 色や数が少しはわかる 4 文字・数字が少しはわかる 5 おつりの計算ができる 6 知的障害はない

日常的に必要な医療的ケア (該当するもの全てに○を付けてください。)	現在利用中の医療機関・学校・福祉サービス等 (該当するものに○をつけ機関名を記載してください。)	
1 人工呼吸器 (気管切開を介する呼吸器)		機 関 名
2 非侵襲型人工呼吸器 (マスク式呼吸器)	1 かかりつけ医療機関	
3 気管切開	2 市内の医療機関	
4 酸素吸入	3 訪問看護	
5 鼻口腔吸引	4 訪問リハ	
6 気管内吸引	5 相談支援事業所	
7 中心静脈栄養	6 入所施設	
8 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻等)	7 短期入所	
9 腹膜透析	8 児童発達支援	
10 血液透析	9 放課後等ディサービス	
11 定期的な導尿	10 生活介護	
12 膀胱瘻	11 居宅介護(ヘルパー)	
13 人工肛門	12 保育園・幼稚園	
14 その他 ()	13 特別支援学校	
	14 普通学校支援級	
	15 普通学校普通級	
	16 その他	

※裏面に続きます。

利用したいが利用できていない医療・福祉等サービス(該当するもの全てに○を付けてください。)

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1 在宅訪問医療(診療所) | 13 訪問入浴 |
| 2 入院可能な専門医療機関(病院) | 14 日中単独通園(預かり)療育施設(児童発達支援等) |
| 3 成人期になっても入院可能な医療機関(病院) | 15 親子通園療育施設(児童発達支援等) |
| 4 歯科診療 | 16 保育所や幼稚園での障害児保育 |
| 5 訪問歯科 | 17 放課後等ディサービス |
| 6 病院でのリハビリ | 18 特別支援学校での医療的ケア対応 |
| 7 訪問看護 | 19 学校卒業後の通所(生活介護・就労系事業所等) |
| 8 訪問リハビリ | 20 入所施設(医療型障害児入所施設・療養介護等) |
| 9 訪問薬局 | 21 施設での短期入所 |
| 10 医療施設でのレスパイト入院 | 22 グループホーム |
| 11 居宅介護(ヘルパー) | 23 計画相談(相談支援専門員) |
| 12 移動支援(ヘルパー) | 24 福祉タクシー |

サービスが利用できず、現在、困っていることをお書きください。

災害等の非常時に備えていること(該当するもの全てに○を付けてください。)

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1 自宅地域のハザードマップの確認 | 7 停電時の医療機器への対応 |
| 2 避難場所・避難ルート・避難方法の確認 | 8 要支援者名簿への登載 |
| 3 家庭内での避難方法の共有 | 9 家族以外で支援を依頼できる人との情報共有 |
| 4 医療用具・衛生材料の備蓄 | 10 利用している各機関との情報共有 |
| 5 食料品・飲料水の備蓄 | 11 隣人・町内会での情報共有 |
| 6 停電時の電源確保 | 12 その他() |

大規模災害時に備えたいこと・支援してほしいこと(該当するもの全てに○を付けてください。)

- | | |
|--------------------|----------------|
| 1 停電時の電源確保 | 5 医療物品・衛生材料の確保 |
| 2 緊急時の医療機関の利用 | 6 食料品・飲料水の確保 |
| 3 受け入れ可能な福祉避難所への避難 | 7 その他() |
| 4 緊急時の消防等からの迅速な支援 | |

大規模災害時に特別な配慮が必要なことをお書きください。(例:停電するとエレベーターが止まり避難できない…等)

大規模災害時に不安なことや行政や医療機関等に支援して欲しいことをお書きください。

※次ページに続きます。

将来不安に思っていること等をお書きください。

木更津市実態調査に関する同意

木更津市長 様

木更津市による医療的ケア児者および重症心身障害児者の実態調査に関する個人情報の提供に同意します。

令和 年 月 日

本人氏名

保護者氏名

保護者住所

※本アンケート調査票を提出した後に同意を撤回することも可能ですので、その場合は下記まで申し出てください。

【連絡先】

木更津市朝日3-10-19

木更津市 障がい福祉課 基幹相談支援係

電話0438-23-8499