

# アンケート調査票

【医療的ケアを必要とする方についてお伺いします】

住所 越谷市\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生（歳）

診断を受けている医療的ケアに関する病名

【 \_\_\_\_\_ 】

医療的ケアの内容（あてはまるものすべてに○）

1. 人工呼吸器	6. ネブライザー	11. 継続的な透析
2. 気管切開	7. 経管栄養	12. 導尿
3. 鼻咽頭エアウェイ	8. 中心静脈カテーテル	13. 排便管理
4. 酸素療法	9. 皮下注射	14. 痙攣時の坐剤挿入
5. 吸引	10. 血糖測定	吸引、酸素投与等
15. その他（ _____ ）		

障害者手帳の有無

あり・なし（ありの方は以下のあてはまるものすべてに○）	
1. 身体障害者手帳	（1級 2級 3級 4級 5級 6級）
2. 療育手帳	（㊤ A B C）
3. 精神保健福祉手帳	（1級 2級 3級）

ご回答いただいた方に対し、後日追加で支援ニーズ調査を予定しております。そちらの調査にもご協力いただける場合は、同意しますに○をお願いします。

追加の支援ニーズ調査に
同意します                      •                      同意しません

私は、この調査票を越谷市子ども家庭部子ども福祉課へ提出することに同意します。
_____ 年 _____ 月 _____ 日
保護者氏名 _____

※この調査票の集計結果は、越谷市医療的ケア児等支援協議会（非公開）内で共有する場合があります。