

調査票の記入上の留意点
-------------

## 【年齢】

- 平成31年4月1日現在の年齢を記入してください。

なお、年齢は誕生日の前日に歳をとることになりますので、4月1日生まれの方の年齢は次のとおりとなります。

(例) 平成25年4月1日生まれ・・・6歳(就学児。病院・診療所の報告は不要)

平成25年4月2日生まれ・・・5歳(未就学児。病院・診療所の報告は必要)

【参考】病院・診療所で報告する児…平成25年4月2日生まれ～平成27年4月1日生まれ

## 【市区町村】

- 回答対象児(者)が在宅で居住している市区町村を御記入ください。

居住地が名古屋市内の場合は「区名まで」(例;名古屋市千種区)、名古屋市外の場合は「市町村名まで」(例;尾張旭市、東郷町など)御記入ください。

## 【医療的ケアの内容】

- 回答対象児(者)が日常生活を営む上で行っている医療的ケアの内容に該当するものに「○」を記入してください。なお、調査票に例示されていないケアについては回答する必要はありません。
- 回答は該当するものすべてに「○」を記入してください。
- 貴機関が実施していない医療的ケアで、家庭で保護者や介護者により行われているケアがある場合は、貴機関が把握している可能な範囲で「○」を記入してください。

## 【原疾患(障害を有する原因となった病名)】

- 複数該当する場合は、主なものに「●」、その他のものには「○」を記入してください。
- 原疾患が不明な場合は、その他に「○」を記入してください。
- 原疾患が選択肢の中にない場合は、その他欄に「○」を記入するか、若しくは、その病名等を文字で記入してください。

## 【運動機能(大島分類)】

- 選択肢の中から1つだけ選んで「○」を記入してください。
- 「立てるが歩けない」は、大島分類でいう「歩行障害」の状態の方となります。

## 【多胎児の該当】

- 回答対象児(者)が双子以上の多胎児である場合は「○」を記入してください。  
回答対象児(者)が多胎児であり、かつ、2人以上がともに医療的ケアを必要としている場合は、いずれもリストに記載したうえで「○」を記入してください。

(裏面へつづく)

- 調査票が1枚で不足する場合は、調査票をコピーするか、調査票を愛知県障害福祉課のウェブページからダウンロードして、電子メールにて御回答ください。

【愛知県分（施設の所在地が名古屋市外の方）】

電子メールの送信先：[shogaishisetsuseibi@pref.aichi.lg.jp](mailto:shogaishisetsuseibi@pref.aichi.lg.jp)

- 記入の順（年齢順や居住地順など）は問いません。
- その他、調査に関して不明な点等ありましたら、下記の問い合わせ先まで御連絡いただきますようお願いいたします。

御多忙のところ恐縮ですが、今後の医療的ケア児者の支援体制の向上を図るためにも、調査への御理解・御協力をよろしくお願いいたします。

（問い合わせ先）

【名古屋市外】

愛知県福祉局福祉部障害福祉課

障害者施設整備室重症心身障害児者施設グループ

担 当 山本・鬼塚（おにつか）

電 話 052-954-6629

E-mail [shogaishisetsuseibi@pref.aichi.lg.jp](mailto:shogaishisetsuseibi@pref.aichi.lg.jp)