

## 神奈川県 医療的ケア児 実態把握調査

神奈川県では、医療的ケアが必要なお子さま（18歳未満）に関して、現状を把握し、県や市町村で今後必要な支援の検討を進めるため、実態把握調査を実施いたします。

質問項目以外にも、日々の暮らしの中で感じられている医療的ケアに係るお困りごとや、ご要望なども併せてご記入ください。（※複数の機関から当調査票を受け取った場合、提出は1回限りで結構です。）

### 個人情報の提供に関する同意書 署名欄

神奈川県及び市町村が行う医療的ケア児に必要な支援に係る検討のため、私は、このシートに記載する私の個人情報（お困りごと・ご要望を含む）を、県が保管・集約し、県及び居住する市町村の関係部署が情報共有することに同意します。

令和 年 月 日

お子さまの氏名 \_\_\_\_\_

代諾者の氏名 \_\_\_\_\_

※ご記入いただいた内容は、医療的ケア児に必要な支援を検討するため、お住まいの市町村の関係機関と情報共有いたします。併せて、神奈川県庁内の関係所属にも情報提供を行います。なお、収集した個人情報は本目的以外に利用することはありません。

### 【調査の対象者】

県内市町村（横浜市・川崎市・相模原市を除く）に在宅で生活している、日常的に人工呼吸器や経管栄養などの医療的ケア（※）を要する18歳未満のお子さま及びその保護者（※2ページの「問5. 日常的に必要なとする医療的ケア」の項目を参照）

### 【基本情報】 太枠は必ずご記入ください

ふりがな		性 別	<input type="checkbox"/> 男性	<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> ( )
お子さまの氏名		生年月日	平成 年 月 日	( ) 歳	
ふりがな		続 柄	父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母		
保護者氏名			その他 ( )		
住 所	〒 -				
	神奈川県				
電話（自宅）	( )				
電話（携帯）	( )				
Email	@				
希望する連絡方法 (○を付けてください)	郵送 ・ 電話（自宅） ・ 電話（携帯） ・ Email				
医療的ケア児と同居する 家族の構成 右のうち、お子さまと同居 している家族に○を付け、 主たる介護者には◎をそ れぞれ付けてください。	父 母 祖父 ( 人) 祖母 ( 人) 兄 ( 人) 、 姉 ( 人) 、 弟 ( 人) 、 妹 ( 人) その他 ( )				
主たる介護者の就労状況 ※該当するものに○を付 けてください。	1. 就労している                      3. 預け先があれば就労したい 2. 就労希望なし                    4. 今後就労を再開予定				

問12. (就学中の方) 現在の通学の状況について、あてはまるものに○を付けてください

(1) 通 学 手 段： 1. 徒歩・自転車 2. 自家用車 3. 福祉タクシー 4. 移動支援サービス  
5. 公共交通機関 6. スクールバス 7. その他 ( )

(2) 付き添いの有無： 1. 登下校のみ付き添う (平均 週 日)  
2. 学校生活のみ付き添う (平均 週 日)  
3. 登下校と学校生活どちらも付き添う (平均 週 日)  
4. 登下校と学校生活どちらも付き添わない  
5. 通学ではない

1週間のうちの平均日数も記入してください。

■お困りごと、行政や関係機関等へのご要望など (※県及びお住まいの市町村の各所管部署と共有します)

※お困りごとやご要望などありましたら、ご自由にお書きください。

【妊娠中、出産直後、入院中、在宅生活で、あるとよい支援、よかった支援】

【施設入所・就園・就学や、施設・保育園・幼稚園・学校での生活について】

【医療、母子保健サービス等の利用について】

【障害福祉サービス等の利用について】

【介護者・保護者の健康、就労、経済的負担について】

【欲しい情報・情報入手について】

【これまで役に立った情報、あるとよい情報について】

【災害時の支援等について】

【その他】

※お困りごとの内容により、こちらからご連絡をさせていただく場合があります。

このシートに関するお問合せは、  
神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害福祉課地域生活支援グループ TEL 045-210-4720

※事務局使用欄

ID		受付年月日		連携：市町村・医・子・次・障・教・( )
----	--	-------	--	----------------------

