

e-KANAGAWA

神奈川県

電子申請システム

ログイン

利用者登録

申請団体選択

申請書ダウンロード

一時保存申込

&gt; 手続き申込

&gt; 申込内容照会

&gt; 職責署名検証

## 手続き申込



手続き選択をする



メールアドレスの確認



内容を入力する



申し込みをする

## 申込

選択中の手続き名：神奈川県医療的ケア児登録フォーム

問合せ先 [一閉じる](#)

問い合わせ先 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害福祉課

電話番号 045-210-4713

FAX番号 045-201-2051

メールアドレス chiikiseikatsu.shien@pref.kanagawa.lg.jp

## 登録フォームの目的

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の管理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（18歳以上の高校生等を含む。）の情報を収集することで、県及びお住まいの市町村が、お子さまの現状を正しく把握し、必要な支援や、災害時に支援等を円滑に行うための施策に活用します。

## &lt;具体的な活用例&gt;

- ・お子さまの成長に合わせて自治体の関係部署がお子さまの情報を共有し、連携してお子さまの支援を行うことができます。
- ・お子さまの状態を把握して、災害時等にお子さまに必要な支援を事前に確認することができます。

1 個人情報の提供に関する同意の有無 **必須**

お子さまの個人情報の提供に関する同意欄です。（※保護者による代諾）

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。

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、ここ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。

同意しません。

選択解除

## 基本情報

### 2 保護者の氏名 **必須**

氏:  名:

### 3 保護者の氏名 (フリガナ)

全角カタカナでフリガナを入力してください。 入力例) カナガワ イチロウ

氏  名

### 4 続柄 **必須**

お子さまから見た保護者の続柄を選択してください。

- 父  
 母  
 祖父  
 祖母  
 その他

選択解除

### 5 お子さまの氏名 **必須**

医療的ケアを必要とするお子さまの氏名を入力してください。

氏  名

### 6 お子さまの氏名 (フリガナ)

全角カタカナでフリガナを入力してください。 入力例) カナガワ タロウ

氏  名

### 7 生年月日 **必須**

お子さまの生年月日 (西暦) を入力してください。



## 8 住所（市町村） **必須**

選択してください



## 9 住所（町名番地） **必須**

市町村名以降について入力してください。

マンション・アパートの場合は、建物名と部屋番号まで入力してください。

## 10 電話番号（固定電話）

ハイフン（-）は省略し、半角数字で入力してください。

入力例）0450001111

## 11 電話番号（携帯電話）

ハイフン（-）は省略し、半角数字で入力してください。

入力例）08012345678

## 12 メールアドレス **必須**

メールアドレス

## 13 希望する連絡方法

県及びお住まいの市町村からの連絡を受ける場合に希望される連絡方法について選択してください。（複数回答可）

- 固定電話
- 携帯電話
- メール
- 郵送

## お子さまの状態について

以下の各項目について、現在のお子さまに当てはまるものを選択してください。

（お子さまの状態を把握するための参考としますので、わかる範囲で選択してください。）

## 14 診断を受けた病名・疾患名等

医療機関にて診断されている病名・疾患名等を全て選択してください。

「その他」の場合は、具体的な病名・疾患名等を入力してください。

- てんかん（ウエスト症候群・難治性てんかん等）
- 脳性麻痺
- 二分脊椎（脊髄髄膜瘤等）
- ダウン症候群（21トリソミー）
- 18トリソミー
- 水頭症
- 慢性肺疾患
- 気道狭窄（喉頭・気管・気管支軟化症・狭窄症等を含む）
- 糖尿病（1型糖尿病等）
- 心室中隔欠損
- 急性脳症（インフルエンザ脳症）
- 頭蓋骨縫合早期癒合症
- その他

## 15 小児慢性特定疾病受給者証の有無

- あり
- なし
- 現在申請中

選択解除

## 16 身体障害者手帳の等級

身体障害者手帳を所持している場合、等級を選択してください。

所持していない場合は「なし（所持していない）」を選択してください。

- なし（所持していない）
- 1級
- 2級
- 3級
- 4級
- 5級
- 6級
- 7級

選択解除

## 17 療育手帳の等級

療育手帳を所持している場合、等級を選択してください。  
所持していない場合は「なし（所持していない）」を選択してください。

- なし（所持していない）
- A 1
- A 2
- B 1
- B 2

選択解除

## 18 精神障害者保健福祉手帳の等級

精神障害者保健福祉手帳を所持している場合、等級を選択してください。  
所持していない場合は「なし（所持していない）」を選択してください。

- なし（所持していない）
- 1級
- 2級
- 3級

選択解除

### 19-1 医療的ケアの種類 **必須**

現在お子さまが必要としている医療的ケアの種類を全て選択してください。  
「その他」の場合は、具体的なケア内容を入力してください。

- 吸引
- 吸入・ネブライザー
- 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう）
- 中心静脈栄養
- 定期導尿
- 在宅酸素療法
- 咽頭エアウェイ
- 気管切開部の管理（バンド交換等）
- 人工呼吸器の管理
- 腹膜透析
- 血液透析

- 膀胱瘻
- 人工肛門
- その他

## 19-2 その他の生活援助行為の有無

上記の医療的ケアに加えて、以下の生活援助行為を実施されている場合、該当するものを全て選択してください。

- パルスオキシメーター
- 体位交換
- 服薬管理

## 20 姿勢

- 寝たきり
- 自分で座れる
- つかまり立ちができる（又は一人立ちできる）

選択解除

## 21 移動

- 寝返りができない
- 寝返りができる（又は這って移動できる）
- 伝い歩きができる（又は一人歩きができる）

選択解除

## 22 コミュニケーション

- ほとんどできない
- 少しできるが何らかの配慮が必要
- 配慮は必要ない

選択解除

## 23 現在かかっている主たる医療機関名（病院・診療所）

その他

## 自由意見欄

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。  
県及びお住まいの市町村の各所管部署と共有します。

入力文字数：0/2000

確認へ進む



### 入力中のデータを一時保存

#### 【申込データ一時保存の注意事項】

- cookieデータを削除した場合、一時保存時と別の端末又はブラウザを使用した場合は、「一時保存申込」リンクは表示されません。
- 同じ手続きで何度も一時保存した場合は、最後に保存したデータが表示されます。
- 一時保存データは、7日間電子申請システムに保存します。(7日を経過すると自動削除します)
- 保存した申込の再開には、「利用者ログイン」または「パスコード」が必要です。
- 「パスコード」は、一時保存完了画面に表示されます。忘れないように記録してください。(ログインせず申込む場合、必要となります)
- 申込の再開後に再度一時保存を行う場合、一時保存データは上書きされます。

「入力中のデータを保存する」では申込みの手続きが完了していませんのでご注意ください。

↓ 入力中のデータを保存する

[chiikiseikatsu.shien@pref.kanagawa.lg.jp](mailto:chiikiseikatsu.shien@pref.kanagawa.lg.jp)

