**回答期限**

**〆　月　日**

資料　７－２－１

**医療的ケア児実態調査票：在宅療養支援診療所及び小児科標榜病院（案）**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| メール |  |
| ご担当者 | 所属：　　　　　　　氏名： |

令和　年　月　日現在の、在宅生活を送る医療的ケア児についてご回答ください。

問１．下記「在宅療養指導管理料」令和　年　月の算定件数をご記載ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 診療項目 | 算定件数 |
| Ｃ１０２ | 在宅自己腹膜灌流指導管理料 |  |
| Ｃ１０２－２ | 在宅血液透析指導管理料 |  |
| Ｃ１０３ | 在宅酸素療法指導管理料 |  |
| Ｃ１０４ | 在宅中心静脈栄養法指導管理料 |  |
| Ｃ１０５ | 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 |  |
| Ｃ１０５－２ | 在宅小児経管栄養法指導管理料 |  |
| Ｃ１０５－３ | 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料 |  |
| Ｃ１０６ | 在宅自己導尿指導管理料 |  |
| Ｃ１０７ | 在宅人工呼吸指導管理料 |  |
| Ｃ１０７－２ | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料 |  |
| Ｃ１０８ | 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料 |  |
| Ｃ１０９ | 在宅寝たきり患者処置指導管理料 |  |
| Ｃ１１０ | 在宅自己疼痛管理指導管理料 |  |
| Ｃ１１０－２ | 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料 |  |
| Ｃ１１０－３ | 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料 |  |
| Ｃ１１０－４ | 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料 |  |
| Ｃ１１１ | 在宅肺高血圧症患者指導管理料 |  |
| Ｃ１１２ | 在宅気管切開患者指導管理料 |  |
| Ｃ１１４ | 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料 |  |
| Ｃ１１６ | 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料 |  |
| Ｃ１１７ | 在宅経腸投薬指導管理料 |  |
| Ｃ１１８ | 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料 |  |
| Ｃ１１９ | 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料 |  |

⇒引き続き裏面もご記入をお願いいたします。

　問２．問１で「在宅療養指導管理料」を算定している方のお住まいの市町村ごとの人数、

また年齢・性別の内訳人数をご記載ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市町村名 | 人数 | うち 年齢別 | |
| 0～6歳 | 7～19歳 |
| **例）大阪市** | **５** | **２** | **１** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

問３．問１で「在宅療養指導管理料」を算定している方の健康保険等の種類について内訳人数をご記載ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険種別 | 国民健康保険 | 社会保険 | 生活保護 | その他 |
| 人数 |  |  |  |  |

問４．診療所の方のみお答えください。医療的ケア児に対して訪問診療の対応状況について、該当する□印にレを入れてください。

□　訪問診療を実施している　　　　　□　訪問診療は実施していない

　　　　実施に条件がある場合は、その具体的な内容をご記載ください。

該当する□印にレを入れてください。

□一般診療の受付時間内に限る

□月の訪問回数を決めている（　　回）

□夜間の訪問は不可

□訪問看護も利用している場合に限る

□救急対応をかかりつけ医がいる病院に依頼している場合に限る（緊急時の受け入れ先が決まっている場合に限る）

□小児科のある病院を受診中の場合に限る

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

ご協力いただきありがとうございました。