重症心身障がい児・者及び医療的ケア児・者実態調査票（詳細）

※「別紙重症心身障がい児・者及び医療的ケア児・者実態調査票（詳細）記入要領」を参照願います。

※ 把握している範囲で記入してください。

※ 欄が不足する場合は、本紙をコピーのうえ、記入してください。

病院名	

	性別		生年月日	市町村 入院の場合 入院前に居住していた（出身）市町村	入院（入所）在宅の別		短期入所の有無		大島分類									身体障害者手帳					療育手帳				障害支援区分				超重症児・者、準超重症児・者、その他の別			医療的ケアの状況													
	男	女			入院入所	在宅	有	無	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3～6	無	不明	A	B	無	不明	1～4	5	6	不明	超	準超	他	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭
例1	○		S51.10.1	盛岡市		○	○					○							○				○					○					○		○			○									
例2		○	H15.6.1	一関市	○			○		○								○					○								○			○					○								
1																																															
2																																															
3																																															
4																																															

重症心身障がい児・者及び医療的ケア児・者実態調査票（詳細）

※「別紙重症心身障がい児・者及び医療的ケア児・者実態調査票（詳細）記入要領」を参照願います。

※ 把握している範囲で記入してください。

※ 欄が不足する場合は、本紙をコピーのうえ、記入してください。

施設名	

	性別		生年月日	入所前に居住していた（出身）市町村	短期入所の有無		大島分類									身体障害者手帳					療育手帳				障害支援区分				超重症児・者、準超重症児・者、その他の別			医療的ケアの状況													
	男	女			有	無	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3～6	無	不明	A	B	無	不明	1～4	5	6	不明	超	準超	他	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭
例 1	○		S51.10.1	盛岡市	○					○							○				○					○					○		○		○												
例 2		○	H15.6.1	一関市		○		○								○					○								○			○		○												
1																																															
2																																															
3																																															
4																																															

重症心身障がい児・者及び医療的ケア児・者実態調査票（詳細）

※「別紙重症心身障がい児・者及び医療的ケア児・者実態調査票（詳細）記入要領」を参照願います。

※ 把握している範囲で記入してください。

※ 欄が不足する場合は、本紙をコピーのうえ、記入してください。

所在市町村名		事業所種別	
事業所名			

	性別		生年月日	居住市町村	短期入所の有無		大島分類									身体障害者手帳					療育手帳				障害支援区分				超重症児・者、準超重症児・者、その他の別			医療的ケアの状況													
	男	女			有	無	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3～6	無	不明	A	B	無	不明	1～4	5	6	不明	超	準超	他	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭
例 1	○		S51.10.1	盛岡市	○					○							○				○					○					○		○		○											
例 2		○	H15.6.1	一関市		○		○								○					○								○			○		○												
1																																													
2																																													
3																																													

重症心身障がい児・者及び医療的ケア児・者実態調査票（詳細）

※「別紙重症心身障がい児・者及び医療的ケア児・者実態調査票（詳細）記入要領」を参照願います。

※ 把握している範囲で記入してください。

※ 欄が不足する場合は、本紙をコピーのうえ、記入してください。

所在市町村名		事業所種別	
教育・保育関係機関等名称			

	性別		生年月日	市町村 入院(入所)の場合 入院（入所）前に居住していた（出身）市町村	入院（入所）在宅の別		短期入所の有無		大島分類									身体障害者手帳					療育手帳				障害支援区分				超重症児・者、準超重症児・者、その他の別			医療的ケアの状況													
	男	女			入院入所	在宅	有	無	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3～6	無	不明	A	B	無	不明	1～4	5	6	不明	超	準超	他	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭
例 1	○		H17.10.1	盛岡市		○	○					○							○				○										○			○											
例 2		○	H15.6.1	一関市	○			○		○								○					○								○			○		○											
1																																													
2																																													
3																																													