

医療的ケアの状況【 年 月 日 (歳 か月現在) 】

導尿

<input type="checkbox"/> あり	方法	カテーテル	Fr
<input type="checkbox"/> なし		回/日	
		1回量およそ () ml	

上記以外の必要な医療的ケア

内容 支援方法や必要な医療器具等	
内容 支援方法や必要な医療器具等	

その他 (共有しておきたいこと)

内容：	
-----	--

その他

内容：	
-----	--

※治療の経過等に伴って内容が変わり用紙が足りなくなった場合は、ホームページからダウンロードして記入してください。