

3. 受けている医療的ケア全てに「✓」をお付けください。

- | | |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理※ | <input type="checkbox"/> 経口摂取（全介助） |
| <input type="checkbox"/> 気管内挿管、気管切開 | <input type="checkbox"/> 経管（経鼻・胃ろう含む） |
| <input type="checkbox"/> 鼻咽頭エアウェイ | <input type="checkbox"/> 腸ろう・腸管栄養 |
| <input type="checkbox"/> 酸素吸入または SaO ₂ 90%以下の状態が 10%以上 | <input type="checkbox"/> 持続注入ポンプ使用（腸ろう・腸管栄養時） |
| <input type="checkbox"/> 1回/時間以上の頻回吸引 | <input type="checkbox"/> 手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上 |
| <input type="checkbox"/> 6回/日以上での頻回吸引 | <input type="checkbox"/> 継続する透析（腹膜灌流を含む） |
| <input type="checkbox"/> ネブライザー 6回/日以上又は継続使用 | <input type="checkbox"/> 定期導尿（3回/日以上） |
| <input type="checkbox"/> (IVH) 中心静脈栄養 | <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 |
| <input type="checkbox"/> インシュリンポンプ | <input type="checkbox"/> 体位変換 6回/日以上 |

※毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAPなどは人工呼吸管理に含みます。ご申告いただいた医療的ケアについては区で確認をさせていただく場合があります。

なお、ご申告いただいた方が配付のご案内に記載のある対象の方でない場合、配付できません。ご了承ください。

4. 配付を希望する物品

いずれかの口に「✓」をお付けください。両方「✓」がついている、または両方「✓」がついていない場合は、A のポータブル電源等をお送りします。

- A ポータブル電源（容量 600Wh 程度）と小型ソーラーパネル（出力最大 100W 程度、大きさ 120 cm×60 cm程度）のセット
 * 災害時には充電方法が課題となるため 2 点セットを基本としています。小型ソーラーパネルは半分に折り畳んで収納できます。
- B インバーター装置（DC/AC インバーター、出力 300W 程度）
 * 自家用車等から電源機器に充電を行うための電流変換装置です。ポータブル電源等をすでにお持ちで、A セットが不要の方は、こちらを選択ください。

5. 世田谷区医療的ケア相談支援センターHi・na・ta（ひなた）への登録について

「医療的ケア相談支援センター Hi・na・ta（ひなた）」は、世田谷区の委託相談事業で、日常の困りごとの相談のほか、災害時の備えについての相談にも対応いたします。今回、申請いただいた下記の情報を「医療的ケア相談支援センター Hi・na・ta（ひなた）」に登録し、Hi・na・ta のイベント情報のご案内に利用させていただきたいと考えています。この登録に同意いただける方は下記にチェックを入れてください。

①	医療的ケア児氏名・ふりがな
②	医療的ケア児の年齢（令和6年4月1日現在）
③	保護者氏名・ふりがな
④	郵便番号
⑤	住所
⑥	メールアドレス

同意する

郵送先・お問合せ先
 〒154-8504
 世田谷区世田谷 4-21-27
 世田谷区障害福祉部
 障害保健福祉課
 電話：03-5432-2242