

（令和6年2月末日現在）

施設名と今回の調査の回答者名をご記入ください。

施設名（ ） 回答者（ ）

問1 医療型短期入所の形態と利用定員について教えてください。

併設型 空床型 単独型

利用定員（ ）床

問2 2022（令和4）年度の医療型短期入所の利用者の有無を教えてください。

また有の場合、実利用人数、月単位の利用人数及び利用日数を教えてください。

ある 実利用人数（ ）名

月利用人数（ ）名 月利用日数（ ）日

なし

問3 利用条件について教えてください。

①利用について必須のものがあれば☑してください。

障がい福祉サービス受給者証（医療型短期入所の記載のあるもの）身体障がい者手帳（肢体不自由）1、2級 療育手帳 Aその他（ ）

②身体障がい者手帳や療育手帳がなくても、判定スコアがあれば利用できますか。

利用できる（判定スコア 点以上）判定スコアや手帳の要件はなく、受給者証（医療型短期入所の記載のあるもの）があれば利用できる利用できない

③受け入れ可能な ADL について教えてください。

独立歩行可能 介助歩行可能 すりばい可能 座位可能寝たきり

問4 医療的ケアがある方の受け入れについて教えてください。

①医療的ケアがある方の受け入れは可能ですか。

はい状況によっては受け入れ可能いいえ

問 11 短期入所中に日中活動支援をしていますか。

している していない

「している」に☑をされた方は、以下に具体的内容を記載してください。

問 12 体調が悪い時や風邪症状があるときも利用可能ですか。

利用可能 利用できない

受け入れにあたっての基準などあれば教えてください。

貴施設内で短期入所事業の窓口はどこになりますか。差し支えなければ教えてください。
大阪府医療的ケア児支援センターからご連絡をさせていただくこともあります。

部署名 ()

電 話 ()

ご担当者名 ()

この調査回答の内容を、大阪府医療的ケア児支援センターが相談者に対して情報提供することについて同意していただけますか。

同意する 同意しない

お忙しい中 ご協力いただきありがとうございました。