



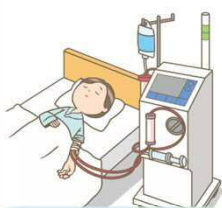
# 医療的ケアを必要としている方へ アンケート調査 ご協力のお願い

## 令和7年8月31日(日)まで



専用フォーム

<https://logoform.jp/form/dWNN/1071558>



医療的ケア一覧

対象者

磐田市では、医療的ケアを必要とする方と  
ご家族の暮らしの現状や課題を把握し、適切な  
支援につなげたいと考えています。  
ぜひ、アンケートにご協力をお願いいたします。

- ・磐田市内在住で、医療的ケア一覧の医療的ケアを受けている方
- ・令和7年5月1日現在の年齢が64歳以下の方

回答方法

【インターネットで回答する】  
スマートフォンで専用フォームから  
アンケートに回答をお願いします。

【紙で回答する】  
お問合せ先に連絡をお願いします。  
アンケート用紙と返信用封筒を送付します。

| No. | 内 容            | No. | 内 容                                                |
|-----|----------------|-----|----------------------------------------------------|
| 1   | 人工呼吸器の管理       | 8   | 中心静脈カテーテルの管理<br>(中心静脈栄養等)                          |
| 2   | 気管切開の管理        | 9   | 皮下注射(インスリン等)                                       |
| 3   | 鼻咽頭エアウェイの管理    | 10  | 血糖管理(定時血糖測定、持続血糖測定、<br>埋込式血糖測定)                    |
| 4   | 酸素療法           | 11  | 継続的な透析<br>(血液透析、腹膜透析)                              |
| 5   | 吸引(口鼻腔・気管内吸引)  | 12  | 導尿(間欠的導尿、持続的導尿(尿道留<br>置カテーテル、膀胱ろう、腎ろう、尿路<br>ストーマ)) |
| 6   | ネブライザーの管理      | 13  | 排便管理<br>(消化管ストーマ、摘便、洗腸、浣腸)                         |
| 7   | 経管栄養(胃ろう・腸ろう等) | 14  | 痙攣時の対応<br>(座薬挿入、吸引、酸素投与等)                          |

本件に関する  
お問い合わせ

磐田市役所福祉相談課障がい福祉グループ

電話: 0538-37-4919

FAX: 0538-36-1635

