様式第１号

**保育所等における医療的ケア実施申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保 護 者 | 住所 | 〒 －紫波町 | 受 付 印 |
|  |
| 氏名 |  | 固定電話 | － － |
| 携帯電話 | 父 － － | 母 － － |
| 児 童 | フリガナ |  | 続柄 | 性別 |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 |
| 生年月日( 　.4.1 現在の年齢） | . . （ 歳） |
| 現在の保育状況（該当区分に印を記入） | □（父・母）が保育 □祖父母が保育 □一時保育 □保育施設（　　　　　　　　 ）□その他（ ） |
| 同居者※申込児童以外 | フリガナ | 続柄 | 生年月日 | 年齢（　.4.1 現在） | 職業(児童は保育園・幼稚園名等) |
| 氏名 |
|  | 父 | . . |  |  |
|  | 母 | . . |  |  |
|  |  | . . |  |  |
|  |  | . . |  |  |
|  |  | . . |  |  |
| 備 考 |  |

【裏面に続く】

# 実施を申し込む医療的ケアの内容及び方法等

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケア内容（該当するケアの内容に○を記入してください） | 保育施設で実施を希望する方法 |
| 呼吸管理 酸素吸入気管切開・鼻腔カニューレ・マスク等  |  |
| 吸引口腔・鼻腔・気管切開部 |  |
| 経管栄養 経鼻胃管・十二指腸チューブ・胃ろう・腸ろう |  |
| 導尿一部要介護・完全要介助（間隔） |  |
| 与薬（具体的に） |  |
| その他（具体的に） |  |

家 庭 の 状 況（該当に印を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 父親 | 母親 |
| □就労：勤務先名称□介護 □疾病・障害 □就学□求職・内定 □不存在 | □就労：勤務先名称□介護 □疾病・障害 □就学□求職・内定 □不存在 □出産 |

## 個人情報の取り扱いに係る同意

私は、上記の申込みが円滑に進むために、安全に取り扱うことを条件として、必要な情報の利用、提供及び収集について同意します。

年

月

日

保護者氏名

様式第 ２ 号

# 医療的ケアに係る調査票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日作成

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 |  | 男 女 | 年齢 | 歳 | 生年 月日 | 年 月 日 |
| 診 断 名 |  |
| 通院・療養の状況 | 医療機関名 | 診療科 | 通院頻度 回／ |
| 医療機関名 | 診療科 | 通院頻度 回／ |
| 出生時の状況 | 在胎期間　　　　　　　週　　　　日体重　　　　　　　　　　　　　　ｇ身長　　　　　　　　　　　　　　㎝単・多　　　　　　　　単　・　多（　胎） |
| 手帳等の状況 | □身体障害者手帳障害名： （ 級）障害名： （ 級）□療育手帳（障害の程度　　　　　　　　　　）□その他（ ） |
| 身長／体重 | 身長： ㎝ 体重 ㎏ （ 年 月測定） |
| ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ | □会話（単語・二語文・文章） □絵カード □表情　　　　　　　　　　　　　　□その他（　　　　　　　　　　　） |
| 投 薬 | □無 □有（薬品名 ） 朝・昼・夕 |
| てんかん | □無 □有（頻度 状況 ） |
| 食物アレルギー | □無 □有 卵 ・ 牛乳・小麦・その他（ ） |
| 運動機能 | 首のすわり（ か月）・寝返り（ か月）・座位（ か月） はいはい（ か月） |
| 姿 勢・ 移 動 | 姿勢の変え方 | □自立 |
| □介助（一部・全部） 介助時の注意点（ ） |
| 姿勢の保ち方 | □自立 |
| □介助や支えが必要 |
| 移 動 | □自立 □つかまり歩行 □歩行器 □バギー □車椅子□その他 |
| 排 尿 | 尿 | 尿意 | □無 □有（ 回／日） |
| 方法 | □トイレ □おむつ □導尿（ 回／日）□その他（ ） |
| 便 | 便意 | □無 □有（ 回／日） 使用中の薬剤 |
| 方法 | □トイレ □おむつ □浣腸（ 回／日）□その他（ ） |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 食 事 | 方法内容 | □経口 | 状況 □自立 □一部介助 □全介助 |
| 内容 □普通食 □軟食 □きざみ食□ペースト食 □流動食□その他（ ） |
| □経管栄養 | 種類 □経鼻（胃管・十二指腸）栄養 □胃ろう □腸ろう |
| 注入内容 |
| 注入量・回数（ ） |
| 呼 吸 管 理 | 気管切開 | □無 □有 |
| 吸 引 | □無 □有 |
| 酸素吸入 | □無 □有 |
| 人工呼吸器 | □無 □有 |
| 薬剤の吸入 | □無 □有 |
| その他 | 集団生活を送る上で配慮が必要な点 |

|  |
| --- |
| 様式第３号医療的ケアに関する主治医意見書 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 診断名 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 主症状 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 現在までの経過と治療内容など | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 今後、予定されている治療など | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 現在の状態 | 身長 |  | 体重 |  |  | 　 |
| □　定頸 | □　臥床 | □　座位保持 | □　立位 | □　歩行 | 　 |
| □　コミュニケーション手段（　　　　　　　　　　　　） | 　 |
| 実施する医療的ケアの項目 | 呼吸管理酸素吸入　 □　気管切開　　□　鼻腔カニューレ・マスク等 | 　 |
| 吸引　　　　　　□　口腔　　□　鼻腔　　□　気管切開部 |  |  | 　 |
| 経管栄養　　 □　経鼻胃管　　□　十二指腸チューブ□　胃ろう 　□腸ろう　　 |  | 　 |
| 導尿 | □　一部要介護　 | □　完全要介助 |  |  | 　 |
| □　与薬 |  |  |  | 　 |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 処方内容 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| アレルギー | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生活上の配慮及び活動の制限 | 項目 | 内　　容 |
| 食事 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 排泄 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 移動 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 運動 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| その他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 予想される緊急時の状況と対応 | （緊急搬送の目安等） | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 保育施設における集団保育の可否 | □　保育施設における集団保育が望ましい□　保育施設における集団保育は見合わせる |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | 　年　　月　　日 |
|  |  | 医療機関名 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  | 医療機関住所 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  | 電話番号 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  | 医師署名 | 　 | 　 | 　 | 　 |

様式第４号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 紫教こ | 第 | 号 |
| 年 | 月 | 日 |

（保護者名） 様

紫波町長 氏　　　　　名

医療的ケア実施検討結果通知書

申し込みがありました医療的ケアの実施について、下記のとおり通知します。

記

対象児童名：

生年月 日 　： 年 月 日

□　対象児童に係る医療的ケアについては、以下の保育施設において実施が可能です。　　　保育利用を希望される場合は、別途、教育・保育給付認定申請書兼施設利用希望申込みが必要となりますので、所定の手続を行ってください。

保育施設名：　　　　 保育所

※　本通知は、入所を決定するものではありません。利用調整後の結果、受入れができない場合もあります。

□　対象児童に係る医療的ケアについては、実施できません。

　理由

様式第５号

# 医療的ケア指示書

医療的ケアについて、次のとおり指示いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児 童 名 |  | 生年月日 年 月 日 歳 |
| 主たる疾患名 |  |

※該当の指示内容に☑（チェック）・数値等を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 実施方法 | 指示内容及び配慮事項 |
| 呼吸管理 | □有 | □無 | １　酸素吸入流量（安静時 ㍑／分 ・ 労作時 ㍑／分）□経鼻カニューレ □気管切開部 ２　気管切開カニューレの種類：　　　　Fr ｃｍ単純気管切開　・　喉頭が気管分離　 ・　その他３　気管カニューレ抜去時の対応、酸素使用上の注意点、起こり　やすいトラブル、対処方法など |
| 喀痰吸引 | □有 | □無 | １　回数 約（ ）回／日２　部位　□ 口腔内　□ 鼻腔内 □ 気管内３　カテーテルサイズ（Fr） □ 8 □ 10 □12 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 実施方法 | 指示内容及び配慮事項 |
| 経管栄養 | □有 | □無 | １種類 □ 胃ろう | □ 経鼻 □ 腸ろう |
| ２注入内容（ | ） |
| ３注入量・回数（ | ） |
| ４注入方法（ 自然滴下 | ・ ポンプ使用 ・ シリンジ注入 ） |
| ５注入の所要時間（ | ）分 |
| ６カテーテルサイズ（ | ）Fr・挿入の長さ（ ）ｃｍ |
| 導 尿 | □有 | □無 | １カテーテルサイズ（２回数　 約（ | ）Fr）回／日 |
| 与 薬 | □有 | □無 | □ 内服薬 □ 座薬 | □ 外用薬 |
| 薬剤名（ | ） |
| １回量（ | ）・時間（ ） |
| その他の医療的ケア |  |
| 緊急時の対応 | 〔発作、誤嚥、発熱時等に係る対応〕 |
| 保育施設での生活上 | 〔活動の制限や感染症流行時に係る対応等〕 |
| の注意及び配慮事項 |
| 並びに活動の制限等 |

記 入 日 年 月 日 医療機関名

　（住所・電話番号）

医師署名

様式第６号

## 医療的ケア児の保育に関する同意書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 確認事項 | 確認欄 |
| 1 | 「紫波町医療的ケア児の保育所等受入れガイドライン」をよく読み、理解しました。また、「第５章 保護者の了承事項」の内容を理解し、全 て了承します。 | □ |
| 2 | やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合には、保護者等が付き添います。また、保育中の医療的ケア実施の体制 が取れない場合は、保育の利用ができないことがあることを了承します。 | □ |
| 3 | 園内で感染症が一定数以上発症した場合の登園の判断は、保護者の責任で行います。また、保育施設の判断で登園を控える場合があることを了 承します。 | □ |
| 4 | 保育施設が必要と認める場合、保護者の費用負担で主治医等を受診することを了承します。 | □ |
| 5 | 児童の症状に急変が生じ、緊急事態と保育施設が判断した場合その他必要な場合には、保護者等へ連絡する前に児童を医療機関に搬送し、受診 又は治療が行われることがあります。なお、それに伴い生じた費用は 保護者の負担になることを了承します。 | □ |
| 6 | 栄養チューブの交換は、保護者等が自己の責任の下、自宅や受診時に行います。 | □ |
| 7 | 災害時対策として、1 日分の薬と食事（栄養剤）を事前に持参します。 | □ |
| 8 | 児童の病態の変化等により、町が規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要になった場合は、保育施設へ速やかに相談することを了承 します。 | □ |
| 9 | 保育施設等の人員や施設又は設備の状況により、当該保育施設での児童の受入れができなくなることがあることを了承します。 | □ |
| 10 | 医療的ケアが必要な児童の状況について、集団保育を実施する上で必要な範囲で他の児童の保護者との間で必要最低限の情報を共有する場合 があることを了承します。 | □ |
| 11 | 医療的ケア児に対して安心安全な保育を提供するために、保護者から提出された申請内容等について関係機関と共有することを了承します。 | □ |
| 12 | 1～11 のほか、保育施設との間で取り決めた事項を順守します。 | □ |

　施設長　　　　　　　　　　　　様

以上の医療的ケアを必要とする児童の保育に関する内容を確認し、同意しました。

 年 月 日

保護者署名

様式第７号

 年 月 日

施設長　　　　　　　　　　　　　　様

保護者氏名

## 医療的ケア終了届

このことについて、貴所に通所する児童に対して、保育施設での医療的ケアの実施が 必要なくなりましたので、保育施設での医療的ケアを　　　年　　月　　日をもって終了することを届け出します。

１ 対象児童

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児 童 名 |  | 男・女 | 生年 月日 | 年 月 日 |
| 住 所 |  |
| 電話番 号 |  | 緊急連絡先 |  |

２ 医療的ケアに関する主治医の意見書（別紙）

様式第８号

**緊急連絡カード**

年度　　児童名　　　　　　　　　　　さん緊急時の対応

連絡先①（父・母　　　　　　　さん）TEL（携帯）　　　- 　　　-

　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（職場等）　　-　 　　-

TEL（自宅）　　　-　　 　-

連絡先②（父・母　　　　　　　さん）TEL（携帯）　　　-　　 　-

TEL（職場等）　　-　　 　-

連絡先③（　　　　　　　　　　さん）TEL（携帯）　　　-　　 　-

◎かかりつけ医（緊急時）

連絡先①病院名

主治医氏名　　　　　　　　先生）TEL　　　　-　 　　-

連絡先②病院名

　　　　医師氏名　　　　　　　　　先生）TEL　　　　-　　 　-

**≪ 発症時の対応≫**

**上記、緊急連絡カードの記載内容について確認しました。**

**年　月　日　確認者氏名（父・母）**