様式第１号

保護者→瑞穂町

瑞穂町長 あて

医療的ケア実施申込書

瑞穂町保育所等における医療的ケア児入園に関するガイドライン等の内容を了承し、次のとおり、医療的ケアの実施を申し込みます。

１　医療的ケアの実施を申し込む児童

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 現住所  （転入後の住所） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |

２ 医療的ケアの内容

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 |  |
| 必要な医療的ケアの項目 | □喀痰吸引（ □口腔 □鼻腔 □気管 ）  □経管栄養（ □胃ろう □腸ろう □経鼻 )  □導尿（ □一部介助 □完全介助 ）  □酸素療法（ □酸素吸入 □人工呼吸器 ）  □その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

３ 医療的ケア主治医意見書（様式第２号）

別紙のとおり

年　　　月　　　日

保護者氏名

様式第２号

主治医→保護者→瑞穂町

瑞穂町長 あて

医療的ケア主治医意見書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 児童氏名 | | 男・女 |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 診断名 | |  |
| 現在までの臨床経過の概要、その他参考になること | | 身長( 　　　ｃｍ) 体重( 　　　ｋｇ) |
| 定期受診 | | 月・ 　　　　　週ごと |
| 服薬状況  (処方箋添付) | |  |
| 必要な医療的ケア  の項目 | | □喀痰吸引（ □口腔 □鼻腔 □気管 ）  □経管栄養（ □胃ろう □腸ろう □経鼻 )  □導尿（ □一部介助 □完全介助 ）  □酸素療法（ □酸素吸入 □人工呼吸器 ）  □その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 予想される緊急時の状況及び対応 | | 注意が必要な状態と対応(緊急搬送の目安等) |
| 集団生活の中での生活 | | □ 適当  □ 望ましくない |
| 保育施設生活上の注意・配慮事項  (保育の制限) | | □制限なし  □同年齢児童と同じ強度・速度の生活及び運動が可能  □本児童のペースで発達に応じた生活及び運動が可能  □制限あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 日常生活の配慮 | 食事 |  |
| 排泄 |  |
| 移動 |  |

記入日 年 月 日

医療機関名

住 所

電話番号

医師名

様式第３号

瑞穂町→保護者

　　　　　　　様

瑞穂町長

医療的ケア実施（不実施）内定通知書

年　　月　　日の医療的ケア実施申込みについて、次のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 結果 | 実施 　　　・ 　　不実施 |
| 備考 |  |

様式第４号

主治医→保護者→保育所等

施設長 殿

医療的ケア主治医指示書

医療的ケアについて、次のとおり指示します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 指示期間 | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | 保育施設名 |  |



医療機関名

住所・電話番号

医師名

様式第５号

保育所等→保護者

　　　　　　　　　　様

医療的ケア実施通知書

申込みのあった医療的ケアについて、次のとおり実施するので通知します。

１　医療的ケアの実施を申し込む児童

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 現住所  （転入後の住所） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 電話番号 |  |

２ 医療的ケアの内容

|  |  |
| --- | --- |
| 診断名 |  |
| 必要な医療的ケアの項目 | □喀痰吸引（ □口腔 □鼻腔 □気管 ）  □経管栄養（ □胃ろう □腸ろう □経鼻 )  □導尿（ □一部介助 □完全介助 ）  □酸素療法（ □酸素吸入 □人工呼吸器 ）  □その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

３ 備考

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 | 瑞穂町保育所等における医療的ケア児入所に関するガイドラインの「第５章保護者の了承事項について」について十分に理解し、了承すること。 |

年　　月　　日

施設名

施設長名

様式第６号

保育所等→保護者

様

医療的ケア実施計画書

医療的ケアについて、次のとおり実施します。

１ 実施計画

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 指示期間 | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | 保育施設名 |  |
| 実施計画作成者 |  | 主たる医療的ケア実施者 |  |
| 医療的ケアの内容 |  | | |
| 実施手順 |  | | |
| 準備物  留意点 |  | | |

２ 予想される緊急時の対応

|  |  |
| --- | --- |
| 予想される緊急時の状態 |  |
| 対応 |  |

年　　月　　日

施設名

施設長名

様式第７号

保護者→保育所等

施設名

施設長名 　　　　　　　様

医療的ケア実施承諾書

年　　月　　日付け医療的ケア実施通知書及び　　　年　　月　　日付け医療的ケア実施計画書の内容による医療的ケアの実施について、十分な説明を受け承諾しました。

また、瑞穂町保育所等における医療的ケア児入所に関するガイドラインの「第５章　保護者の了承事項について」について十分に理解し了承した上、医療的ケアの実施に関する関係機関における情報共有が行われることに同意します。

年　　月　　日

住所

氏名

様式第８号

保護者→保育所等

施設名

施設長名 　　　　　　　様

医療的ケア事業終了届

年　　月　　日付け医療的ケア実施通知書により承諾された医療的ケアについて次のとおり終了してくださいますようお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 | 男・女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 現住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 医療的ケアを  終了する日 | 年　　　月　　　日 |
| 終了する  医療的ケア | □喀痰吸引（ □口腔 □鼻腔 □気管 ）  □経管栄養（ □胃ろう □腸ろう □経鼻 )  □導尿（ □一部介助 □完全介助 ）  □酸素療法（ □酸素吸入 □人工呼吸器 ）  □その他( 　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 終了する理由 |  |
| 備考 |  |

年　　月　　日

住所

氏名