

医療的ケア実施申込書

1 医療的ケアの実施を申込みする児童

希望園名			
児童氏名	(男・女)	生年 月日	年 月 日(歳児)
現住所	木津川市		
電話番号 (携帯番号)		緊急 連絡先	

2 保育施設で実施の申し込みをする医療的ケアの内容及び方法

医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻胃管/胃ろう/腸ろう) <input type="checkbox"/> たん吸引(口/鼻/気管カニューレ) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他
実施を希望する方法	
予想される緊急時の 状態と対応及び 緊急搬送先	

3 主治医意見書(別紙)

木津川市長 宛

上記の医療的ケアについて、保育所等施設での実施を申し込みます。

年 月 日

保護者署名 _____

裏面へ続く

医療的ケアを必要とする児童に関する同意書

1	「医療的ケア児の受け入れガイドライン」をよく読み理解しました。
2	保護者から提出された申請内容等を、関係機関と共有することを了承します。また、必要に応じて、お住いの地区の担当保健師及び担当の臨床心理士等専門員に意見を求め、障害児保育検討会議で共有することを了承します。
3	医療的ケアが必要な児童の状況について、集団生活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共有する場合があることを了承します。
4	主治医からの主治医意見書、医療的ケア指示書の内容を緊急時の搬送先医療機関等に情報提供することを了承します。
5	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、保護者等の責任で行います。また、保育所等の判断で登園を控える場合があることを了承します。
6	医療的ケアの実施に必要な機械器具、消耗品等は保護者の方でご準備をお願いします。また、機械器具の交換等は、保護者が自宅や受診時に交換します。
7	保育所等が必要と認める場合、保護者等の費用負担で主治医等を受診することを了承します。
8	児童の症状に急変が生じ、緊急事態と保育所等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等に搬送し、受診また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負担となります。
9	止むを得ない事情により医療的ケアを行な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。
10	医療的ケア実施の体制が取れない場合は、園の利用ができないことがあることを了承します。
11	児童の病態の変化等により、市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原則として退園となることを了承します。
12	保育所等の人員、施設又は設備の状況により、当該保育所等での児童の受入れができなくなる場合があり、ほかの園に転園となる場合があります。
13	上記 1～12のほか、保育所等との間で取り決めた事項を順守します。

木津川市長 宛

確認事項について、全て同意の上で申し込みます。

年 月 日 保護者署名

主治医意見書

氏名	男・女(年 月 日生) 歳 ヶ月	
診断名		
主症状		
医療的ケアの項目 ※該当の指示 内容にチェック	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> たん吸引(<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ()	
服薬状況 (処方箋添付可)		
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)	
施設生活上の 注意・配慮事項	施設外遊び <input type="checkbox"/> 可 注意事項 <input type="checkbox"/> 不可 プール遊び <input type="checkbox"/> 可 注意事項 <input type="checkbox"/> 不可	
日常生活の配慮	項目	状 況
	食事	
	排泄	
	移動	
集団生活の可否	可・否(否の理由:)	

記入日 年 月 日

医療機関名

医師署名

第 年 月 日 号

様

木津川市長 印

医療的ケア実施内諾書

年 月 日付けで申し込みのありました医療的ケアについて、下記のとおりとなりましたので、通知いたします。

なお、この内諾書は下記保育所等にて「主治医意見書」記載の医療的ケアが実施できる旨のお知らせです。今後、入園申込書をご提出いただき、本市において確認した後に入園決定することによって入園が決定しますので、あらかじめご了承ください。

記

児 童	氏名	
	生年 月日	年 月 日(歳児)
医療的ケアの項目	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> たん吸引(<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ()	
医療的ケアの 実施園		

様式4

医療的ケア指示書

医療的ケアについて、下記のとおり指示いたします。 指示期間(年 月 日～ 年 月 日)

児 童	氏名		年 月 日(歳児)
	主たる疾患名		

指 示 内 容	実施する 医療的ケア ※該当の指示 内容にチェック	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう) <input type="checkbox"/> たん吸引(<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ()
	医療的ケア 実施者へ の指示	
	緊急時の 対応	
	保育所等 での生活 の注意点	

木津川市長 宛

上記のとおり、指示いたします。

記入日 年 月 日

医療機関名

医師署名

医療的ケア終了届

年 月 日

木津川市長 宛

保護者住所 木津川市

氏名

医療的ケアの実施を終了したいので、次のとおり届け出します。

医療的ケアの実施を終了する児童の氏名	
児童の生年月日	年 月 日
利用中の施設	
医療的ケアの実施を終了する年月日	年 月 日
医療的ケアの実施を終了する理由	