

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 宛て

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

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	入園後、定期的に医療的ケア児カンファレンスを開催し、関係機関と情報共有するとともに、今後の見通しを立てることを了承します。
5	入所決定日以降、担当看護師が医療的ケアに習熟するまではならし期間とし、保護者に同行を求めて、医療的ケアの実施方法等について相互に確認します。保護者不在でも保育所等において医療的ケアが実施可能となった時点で本格的な入所となることを了承します。
6	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。
7	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。
8	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。
9	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。
10	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。
11	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。
12	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。
13	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。
14	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。
15	上記1～15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 宛て

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 _____

主治医受診結果連絡票

児童氏名			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
受診日	年 月 日		
医療機関名			
医師名			
医師からの 指示事項			
<p>検査を受けた場合は□にチェックを入れ、()内に結果をご記入ください</p> <p><input type="checkbox"/> 血液検査 ()</p> <p><input type="checkbox"/> 脳波検査 ()</p> <p><input type="checkbox"/> レントゲン ()</p> <p><input type="checkbox"/> その他の検査 ()</p>			
<p>投薬の状況※変更ありの場合は変更内容を()内にご記入ください</p> <p><input type="checkbox"/> 変更なし</p> <p><input type="checkbox"/> 変更あり ()</p>			
その他特記事項			
次回受診予定日	年 月 日		

様式7

年 月 日

(保護者名)

様

(施設名)

(代表者名)

(所在地)

(連絡先)

医療的ケア実施報告書

医療的ケアを実施について、下記の通り報告します。

児童氏名			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
実施担当者	(職名)	(氏名)	
実施した医療的ケアの内容	児童の様子・ヒヤリハット事例等		

主治医への質問事項等	主治医確認欄

緊急時対応確認書

児童氏名			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
【通院先】			
医療機関名	診療科	担当医(主治医)	電話
【緊急搬送先】			
医療機関名	診療科	担当医(主治医)	電話
【緊急時の対応】			
症状(器具のトラブルなど)	対応		
	(※具体策)の後 経過観察		
	(※具体策)の後 速やかに医療機関受診		
	ただちに救急搬送		
【緊急時の薬の処方】※別途指示書への記載が必要です。			
該当の項目に <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。			
<input type="checkbox"/> なし			
<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 貼付剤 <input type="checkbox"/> 注射薬 緊急薬品名() (処方日: 年 月 日 有効期限: 年 月 日)		
【緊急連絡先】※確実に連絡が付きやすい順番で記入してください。			
※職場は、職務中でもとりついでいただけるように手配してください。			
優先順位	氏名	続柄	電話番号
1			(携帯・自宅・職場)
2			(携帯・自宅・職場)
3			(携帯・自宅・職場)
4			(携帯・自宅・職場)
5			(携帯・自宅・職場)

(裏面に続く)

木津川市長 宛て

緊急時対応確認事項について、上記のとおり確認書を提出します。
また、緊急搬送に関する連絡票を管轄消防署へ提出することに同意します。

年 月 日 保護者署名 _____

医療機器預かり同意書

児童氏名			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
機器の種類 (○をしてください)	医療機器() めがね 補聴器 ヘッドギア 装具等() その他()		
保育所等での使用目的			
保育所等での使用開始 及び使用時間帯	使用開始予定 年 月 日 使用時間帯 ()		
保育所等での使用中の 注意事項			
その他			
<p>【同意事項】 □に✓をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/> 保育中の医療機器等の取り扱いには十分注意しますが、何らかの原因で破損や紛失、こども同士で思わぬアクシデント等が生じた場合、原則として保育所等では補償しかねますのでご了承ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 保育所等での使用は、家庭で十分慣れてからの使用開始としてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 緊急時に備え、保育所等からの連絡が常時とれるようにしておいてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 内容の変更があった場合、「医療機器等預かり同意書」を改めて保育所等へ提出していただきます。</p>			

木津川市長 宛て

医療機器預かり同意書について、確認の上同意します。

年 月 日 保護者署名 _____

災害時個別対応書

児童氏名			
生年月日		年 月 日 生	年齢 歳
	使用医療機器 (通常時設定数値)	内部バッテリーの有無/ 外部バッテリーの有無	停電代替対応
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器 ()	内部バッテリー 有(時間) ・ 無 外部バッテリー 有(時間) ・ 無	
<input type="checkbox"/>	喀痰排出補助装置 ()	内部バッテリー 有(時間) ・ 無 外部バッテリー 有(時間) ・ 無	
<input type="checkbox"/>	たん吸引器 ()	内部バッテリー 有(時間) ・ 無 外部バッテリー 有(時間) ・ 無	
<input type="checkbox"/>	酸素濃縮器 ()	内部バッテリー 有(時間) ・ 無 外部バッテリー 有(時間) ・ 無	
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 予備携帯用酸素ポンプ _____ サイズ(L) : _____ L/分の使用で _____ 時間吸入可能			
■ご家庭よりお預かりしている備蓄品			
①	⑥	⑪	
②	⑦	⑫	
③	⑧	⑬	
④	⑨	⑭	
⑤	⑩	⑮	
■避難時の留意点・特記事項			

木津川市長 宛て

災害時個別対応書について、上記のとおり提出します。

年 月 日 保護者署名 _____