

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_____

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	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	指示書の指示期間終了後、指示期間が更新された指示書の提出がない場合は、更新された指示書の提出ができるまでは、保護者によるケアを行います。
16	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 _____