

記入例

医療的ケア児保育所等利用事前相談票

(相談日)

令和6年5月1日

相談回数	初回・継続()		相談担当者		
(ふりがな)	やつしろ はな		性別	生年月日	現年齢
児童名	八代 はな		男 女	令和4年12月1日	1
(ふりがな)	やつしろ たろう		続柄	電話番号	
保護者名	八代 太郎		父	090-0000-xxxx(父)	090-0000-xxxx(母)
現住所	八代市〇〇町12-3				
入所希望施設	第1希望	〇〇〇保育園		入所希望年月	令和6年8月
	第2希望	×××保育園		利用希望曜日	
	第3希望	△△△保育園		月 火 水 木 金	
見学希望日(時間)	令和6年5月20日~25日			利用希望時間	
	午前10時~午後3時頃			9時00分 ~ 17時00分	
その他					
同居家族	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校名等	
	八代 太郎	父	平成2年7月2日	株〇〇会社	
	八代 桃子	母	平成5年5月12日	〇×病院	
	八代 たくみ	兄	平成28年9月9日	〇〇小学校	
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

該当する医療的ケア等に☑をつけてください。	
経管栄養 (経鼻・胃瘻・腸瘻)	<input type="checkbox"/> 口から食べている <input checked="" type="checkbox"/> 鼻からチューブで入れている <input type="checkbox"/> おなかからチューブで入れている <input type="checkbox"/> 首の近くから点滴をしている <input type="checkbox"/> その他()
吸引 (口腔・鼻腔内・気管切開・気管カニューレ内)	<input type="checkbox"/> 喉にチューブがついている <input type="checkbox"/> 人工呼吸器を使っている <input type="checkbox"/> 管やマスクで酸素を吸っている <input type="checkbox"/> 痰を器械でとっている <input type="checkbox"/> その他()
導尿	<input type="checkbox"/> 管を入れて尿を出している <input type="checkbox"/> オムツを使用している <input type="checkbox"/> その他()
血糖管理	<input type="checkbox"/> 器械を使って血糖値を測っている <input type="checkbox"/> 毎日注射をしている <input type="checkbox"/> 毎日薬を飲ませている <input type="checkbox"/> その他()
酸素療法	<input type="checkbox"/> 酸素カヌラを使用している <input type="checkbox"/> 酸素マスクを使用している <input type="checkbox"/> その他()
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ (卵・えび)
その他	

保育所における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、主治医の確認を得	
記入例	
1 主治医が、対象児童が保育所において保育及び医療的ケアを受けることが可能である <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 未確認	
2 主治医(医療機関)が、医療的ケアの手技を医療的ケア児施設担当看護師に指導すること <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 未確認	
保育所における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、同意しますか。	
1 病状や医療的ケアに関する情報(主治医の意見や健康状態の変化等)を保育所と十分に共有すること <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2 医療的ケアに必要な機材・器具及び衛生用品等を不足ないように毎日持参し持ち帰り、準備、点検及び整備を行うこと <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3 保育所において保育及び医療的ケアを実施するにあたり、物品の借用、費用の負担及び付き添いをお願いすることがあること <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
お子さまの現在の状況について	
病名	
障がい者手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障がい児手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 等級 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 判定 () <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 等級 (級)
かかりつけ医 受診頻度	(病院名: 熊本大学病院 医師名: 〇〇 〇〇〇) <input checked="" type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 半年ごと <input checked="" type="checkbox"/> 1年ごと
相談している保健師	<input checked="" type="checkbox"/> いる (担当保健師名: 〇〇 〇〇〇) <input type="checkbox"/> いない
相談している 相談専門支援員	<input checked="" type="checkbox"/> いる (担当保健師名: 〇〇 〇〇〇) <input type="checkbox"/> いない
飲用しているお薬	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 朝 <input checked="" type="checkbox"/> 昼 <input checked="" type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> 臨時使用 <input type="checkbox"/> 無
食事について	種類 <input type="checkbox"/> 離乳食(初期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> ミルク <input checked="" type="checkbox"/> その他 (栄養剤) 食べ方 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻栄養) 回数 <input checked="" type="checkbox"/> 3 回/日 (8時・12時・18時) <input checked="" type="checkbox"/> 350 ml/1回 (1回の所要時間 25 分くらい)
けいれんについて	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 「有」の場合、1日何回くらいありますか。 (回) 持続時間 <input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 2,3秒 <input type="checkbox"/> 10秒くらい <input type="checkbox"/> 1分以上 回数 <input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 2,3回 <input type="checkbox"/> 繰り返す 対処方法 <input type="checkbox"/> 何もしない <input type="checkbox"/> 酸素吸入 <input type="checkbox"/> 座薬使用 <input type="checkbox"/> 救急車要請
発達	首が座った時期 (5 か月) <input type="checkbox"/> まだ 寝返り (8 か月) <input type="checkbox"/> まだ はいはい (12 か月) <input type="checkbox"/> まだ つかまり立ち (か月) <input checked="" type="checkbox"/> まだ 歩き始めた (歳 か月ごろ)
移動	<input type="checkbox"/> 自分で <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車いす(自走・補助・電動) <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> その他
体を支えるために何か使用していますか	
<input checked="" type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用している ()	
お子さまが好きな事は何ですか	
<input checked="" type="checkbox"/> 音楽 <input checked="" type="checkbox"/> 人の話し声 <input type="checkbox"/> 食べる事 <input type="checkbox"/> 体を動かされている時	
その他	

記入例

医療的ケア実施依頼書

令和 年 月 日

〇〇保育園 施設長 様

施設名	〇〇保育園
児童氏名	八代 はな
生年月日	令和4年12月1日
保護者氏名	八代 太郎
住所	八代市〇〇町12-3
電話番号	090-〇〇〇〇-××××

上記児童の医療的ケアについて、〇〇保育園 で従事される看護師(又は認定特定行為業務の資格がある保育士)によって、実施して下さるよう依頼します。

1 依頼する医療的ケアの内容

- 吸引 (口腔鼻腔内の吸引 気管カニューレ内の吸引 気管切開部の衛生管理)
- 吸入 酸素療法 経管栄養 導尿
- その他 ()

2 理由

本来両親共働きで、今までは母親が育休をとり家庭を保育していたが、主治医から集団保育が可能な状態と判断されたので、育休復帰をするため、保育所への入所・保育所での医療的ケアが必要である。

3 児童の健康状態 (現在及び通常の状態)

病状や健康状態も安定しており、鼻チューブの自己抜去する頻度も少なくなっている。

4 主治医・医療機関

医療機関名	熊本大学病院
主治医氏名	〇〇 〇〇〇
住所	熊本市中央区本荘1-1-1
電話番号	096-344-2111

医療的ケア児等保育に関する重要事項説明書の同意書

記入例

本施設における保育の提供を開始するに当たり、重要事項説明
説明を行いました。

施設名: 〇〇保育園

説明者職名(施設長) 氏名: 園長 〇〇 〇〇〇

私は、 〇〇保育園 の重要事項説明書の内容について説明を受け、その
内容に同意します。

令和6年〇月〇日

保護者住所: 八代市〇〇町12-3

保護者署名: 八代 太郎 児童から見た続柄: 父

児童氏名: 八代 はな

年 月 日

八代市長 様

記入例

(保護者) 住所

八代市〇〇町12-3

氏名

八代 太郎

医療的ケア終了に関する届出書

保育所等に通園する下記児童について、保育施設での医療的ケアの実施がなくなりましたので、保育施設での医療的ケアを終了することを届けます。

記

施設名	〇〇保育園
対象児童名	八代 はな
実施していた 医療的ケアの内容	経管栄養(経鼻栄養)
終了年月日	令和7年3月31日
終了理由	栄養チューブを抜去でき、口からの食事が可能となった
医療機関名	熊本大学病院
主治医名	〇〇 〇〇〇