

様式1

医療的ケア受入れ判定申込書

1 医療的ケアの実施を申し込みする子ども

希望教育 保育施設名				
子ども氏名		男・女	生年月日	年 月 日 歳
現住所	〒 伊達市			
電話番号 (携帯番号)		緊急連絡先		

2 保育施設に依頼する医療的ケアの内容及び方法

(該当するケアの内容に☑を記入する)

医療的ケアの内容	教育・保育施設に依頼する方法等
<input type="checkbox"/> ①口腔内の喀痰吸引	
<input type="checkbox"/> ②鼻腔内の喀痰吸引	
<input type="checkbox"/> ③気管カニューレ内の喀痰吸引	
<input type="checkbox"/> ④胃ろうまたは腸ろうによる 経管栄養	
<input type="checkbox"/> ⑤経鼻経管栄養	
<input type="checkbox"/> ⑥その他()	

※ 上記の①～⑥については、普段（緊急時以外）必要とする医療的ケアの内容を記載してください。

3 医療的ケアに関する主治医の意見書(別紙)

伊達市長 様

上記の医療的ケアについて、教育・保育施設での実施を申し込みます。

年 月 日

保護者氏名

様式2

伊達市長 様

主治医意見書

子ども氏名	男・女（ 年 月 日生 ） 歳 ヶ月
住所	伊達市
診断名	
現在までの大まかな臨床経過、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	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（口腔・鼻腔・気管） 吸引カテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 （水分 栄養剤 ） <input type="checkbox"/> 胃ろう （水分 栄養剤 ） <input type="checkbox"/> 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）
集団保育の中での生活	<input type="checkbox"/> 適 当 （ ） <input type="checkbox"/> 在宅生活が安定している <input type="checkbox"/> 3か月の間、疾患の悪化による入退院を繰り返していない <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 制限なし 同年齢児童と同じ強度・速度の生活および運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限なし 本児童のペースで、発達に応じた生活および運動が可能 <input type="checkbox"/> 制限あり	
日常生活の配慮	項目	状 況
	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

保育（教育）施設における活動のめやす

氏名 _____

制限の有無 制限あり・制限なし

- 制限ありにチェックをした場合は下記項目の中から施設でおこなっても問題のない活動にを入れてください。

保育（教育）施設での主な活動等	
【軽い運動】 ほとんど息が弾まない程度の活動	
<input type="checkbox"/> 腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする	<input type="checkbox"/> 手指を使った遊び
<input type="checkbox"/> 抱っこされる	<input type="checkbox"/> 砂遊び
<input type="checkbox"/> 室内遊び	<input type="checkbox"/> 滑り台を自分から滑る
<input type="checkbox"/> その場でジャンプをする	<input type="checkbox"/> ボールを投げたり蹴ったりする。
【中程度の活動】 少し息が弾む程度の活動	
<input type="checkbox"/> 手押し車を押して歩く	<input type="checkbox"/> 抱っこされて左右に揺らされる
<input type="checkbox"/> 階段の昇り降り（ 段程度）	<input type="checkbox"/> 四輪ミニカー
<input type="checkbox"/> 三輪車	<input type="checkbox"/> 散歩（ 分程度）
<input type="checkbox"/> ジャングルジムの登り降り	<input type="checkbox"/> 鉄棒ぶら下がり・前回り・逆上がり
【強い活動】 息が弾むほどの活動	
<input type="checkbox"/> 高い高い	<input type="checkbox"/> 高いところから飛び降りる <input type="checkbox"/> 50 cm程度 <input type="checkbox"/> 60 cm～1 m程度
<input type="checkbox"/> 走る	<input type="checkbox"/> 鬼ごっこ
<input type="checkbox"/> かけっこ	<input type="checkbox"/> ドッジボール
<input type="checkbox"/> サッカー	<input type="checkbox"/> 跳び箱を助走して跳ぶ
<input type="checkbox"/> 縄跳びを跳ぶ	<input type="checkbox"/> 水遊びや泥んこ遊び
<input type="checkbox"/> プール遊び	<input type="checkbox"/> 歌や音楽に合わせて全身を揺らされる <input type="checkbox"/> 音楽に合わせて全身を動かす

年 月 日

様

ネウボラ推進課長

医療的ケア判定結果通知書

入所希望の相談がありました医療的ケアについて検討した結果、下記のとおり判断しましたのでお知らせいたします。

記

対象児	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
判 定 結 果	受入れ可能 ・ 保 留 ・ 不 可	
備 考	<p>【受入れ可能の場合】</p> <p>保護者は入園申込書と一緒に、主治医からの「様式4. 医療的ケア指示書」をこども未来課（または入園希望園）に提出してください。</p> <p>【保留の場合】</p> <p>（ネウボラ推進課は保留の理由を記載すること。）</p> <p>【不可の場合】</p> <p>（ネウボラ推進課は不可の理由を記載すること。）</p>	

※ 今回の判定は「医療的ケアが可能」という通知で入園を決定するものではありません。

様式 4

医療的ケア指示書（継続・変更・解除用）

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）

教育・保育施設名			
子ども	氏名	生年月日	年 月 日 歳
	主たる疾患名		

※該当の指示内容に☑（チェック）・数値等を記入してください。

医療的 ケアの 項目	<input type="checkbox"/> 口腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻胃管） <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃ろう） <input type="checkbox"/> その他
具体的 指示 内容	<input type="checkbox"/> 口腔、鼻腔、気管からの吸引 吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr. 吸引圧（ ）kPa 以下 <input type="checkbox"/> 気管チューブの種類（ ） カフ（ ）ml <input type="checkbox"/> 鼻からの挿入の長さ（ ）cm 口からの挿入の長さ（ ）cm <input type="checkbox"/> 気切口からの挿入の長さ（ ）cm 抜去時の対応（ ） ※注意点など []
	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう [<input type="checkbox"/> ボタン型 ・ <input type="checkbox"/> バルーン型（カフ ml）] <input type="checkbox"/> カテーテルの種類（ ）Fr. サイズ（ ）Fr 挿入の長さ（ ）cm
	<input type="checkbox"/> 栄養剤注入 栄養剤 実施時間（ : ）（ : ） 内容・量（ ） 注入時間（ 分 ～ 分） <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）未満の時は そのまま予定量を注入する （ ）ml 以上（ ）ml 未満の時（ ） （ ）ml 以上の時（ ） <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（ ） <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応（ ）
	<input type="checkbox"/> 水分注入 実施時間（ : ）（ : ）（ : ）（ : ） 内容（ ） 1回量（ ） 注入速度（ 分 ～ 分） ショット 可 不可 <input type="checkbox"/> 胃残量が（ ）未満の時は そのまま予定量を注入する （ ）ml 以上（ ）ml 未満の時（ ） （ ）ml 以上の時（ ） <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（ ） <input type="checkbox"/> その他、胃残の性状に異常がある場合の対応（ ） <input type="checkbox"/> 薬剤注入 実施時間（ : ） ※注意点など [] <input type="checkbox"/> 胃からの脱気 脱気のタイミング ・ 注入前 ・ 注入中 ・ 注入後 ・ その他（ : ）（ : ） ※注意点など [] <input type="checkbox"/> その他 嘔吐時（ ） 抜去時（ ） その他（ ）
その他	医療的ケアの項目（ ）内容
緊急時の 対応	

記入日 年 月 日

医療機関名
（住所・電話番号）
医師名

印

年 月 日

保護者氏名 様

施設長

医療的ケア実施通知書

入園希望園での医療的ケアについて、下記のとおり実施することとしますので、通知します。

記

- 1 子ども氏名 性別 男・女 年齢 歳
生年月日 年 月 日
- 2 教育・保育施設名
- 3 実施する医療的ケアの内容

医療的ケアの内容	実施方法と留意事項	医療的ケアの実施者
①口腔内の喀痰吸引		
②鼻腔内の喀痰吸引		
③気管カニューレ内の 喀痰吸引		
④胃ろうまたは 腸ろうによる 経管栄養		
⑤経鼻経管栄養		
⑥その他 ()		

4 緊急時の対応

- (1) 緊急事態発生時は、主治医の指示内容を下に、連携する病院に連絡を行い、必要な措置を講じます。同時に保護者等に連絡します。
- (2) 保護者は、常に連絡が取れる体制を整え対応をお願いします。

5 留意事項

- (1) 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を保育施設に連絡してください。
- (2) 登園時、子どもの健康状態について担任、看護師等に連絡し、当日医療的ケアの内容について確認し合ってください。
- (3) 医療的ケアの実施に必要な用具、消耗品の点検・補充をお願いします。
- (4) 使用後の物品についてはご家庭持ち帰り処分をお願いします。
- (5) 災害時に備え、内服薬等は必要数を毎日ご持参ください。

様式6

年 月 日

〇〇教育・保育施設
施設長 様

保育施設名
子ども氏名
生年月日
性 別 男・女
保護者氏名 印

医療的ケア実施承諾書

医療的ケア実施通知書の内容について承諾しました。

様式7

消防署長 宛

年 月 日

医療的ケア児在籍連絡票

教育・保育施設名：

教育・保育施設長名：

担当看護師等名：

下記の医療的ケアを実施している子どもが在籍しています。

クラス	性別	医療的ケアの内容	保護者の同意・具体的な対応
歳児 クラス		<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"/> 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"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> その他 ()	消防署へ情報提供することについて保護者の同意（有・無） 【保護者の同意が有の場合】 子どもの氏名 () 救急時の搬送希望病院 ① ② ③

様式8

医療的ケア実施計画書兼医療的ケア実施看護師マニュアル

作成日

教育・保育施設名：

教育・保育施設長名：

担当看護師等名：

子どもの氏名	生年月日	年	月	日生	歳児
医療的ケアの内容	実施手順				準備物・留意点

予想される緊急時の対応	
予想される緊急時の状態	対応

※状況が変わったとき場合には、随時加筆・修正すること。

上記の件について説明を受け、その内容に同意します。

年 月 日 保護者氏名

様式9

年 月 日

(保護者名) 様

教育・保育施設名
教育・保育施設長名
所在地
連絡先

医療的ケア実施報告書

子どもの氏名		生年月日	年 月 日	歳児
実施担当者名	(職名)	(氏名)		
医療的ケアの内容		子どもの様子・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

令和 年 月 日

保育施設名 _____

児童氏名 _____

保護者氏名 _____

【緊急連絡先】

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:)

【緊急時の対応】※ご連絡した後、保育施設ですべきことを記入して下さい。

状況	対応

【緊急相談先】※緊急時に相談できる医師について記入してください。

医療機関名	診療科	担当医名	電話番号	診察券番号

【緊急搬送先】※緊急時に受け入れ要請できる近隣の医療機関を記入してください。

医療機関名	診療科	担当医名	電話番号	診察券番号