

様式第1号

大野城市保育所における医療的ケア利用(継続)申請書

年 月 日

(宛先) 大野城市長

(申請者)

住 所

氏 名

連絡先

保育所を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、事業の実施のために関係機関の間でこの情報が共有されること、また、市が主治医や関係機関等から意見聴取を行うことについて、同意します。

ふりがな			男 ・ 女
児童氏名			
生年月日	年 月 日	年 齡	歳
住 所			
診 断 名			
必要な 医療的ケア の内容	<input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔 ・ 胃ろう ・ 腸ろう）		
	<input type="checkbox"/> 吸引（口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内）		
	<input type="checkbox"/> 酸素療法		
	<input type="checkbox"/> 導尿・自己導尿（一部要介助 ・ 完全要介助）		
医療的ケアの 具体的な内容			
予想される 緊急時の状況			
対応、緊急搬送 先・連絡先			
備考			



排泄	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回 / )	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 ( 回 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸 ( 回 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
食事	<input type="checkbox"/> 経口	状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 経管 栄養	種類	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう
		製品名 ( ) カテーテルサイズ ( )	
		注入内容 ( )	
		注入量・回数 ( ) トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 交換頻度 ( 1 回 / )	
	<input type="checkbox"/> I V H	薬剤名 ( )	
血糖値測定		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時間 ( 時・ 時・ 時 )	
インスリン投与		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時間 ( 時・ 時・ 時 )	
呼吸 管理	気管 切開	<input type="checkbox"/> 無	製品名 ( ) 交換頻度 ( 1 回 / )
		<input type="checkbox"/> 有	トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
	吸引	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内
<input type="checkbox"/> 有		回数 ( 回 / 時間 ) カテーテルサイズ ( )	
出産時の状況		妊娠期間： 週 日 体 重： g 身 長： c m 単 ・ 多：単胎 ・ 多胎	
その他		集団生活を送る上で必要な配慮など	

様式第3号

医療的ケアに関する主治医意見書

(宛先) 大野城市長

作成日 年 月 日

医師氏名			
医療機関名		電話番号	
医療機関住所			

児童名		男・女	年 月 日生	歳
診断名			受診 状況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期
保育施設における集団生活の可否	※乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設は、午睡や食事、集団での遊びなど他児との接触の機会が多くあるため、一般的には感染症を防ぐのは難しい環境にあります。 <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は不可 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）			
必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 吸引（口腔・鼻腔・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（具体的に： _____）			
服薬状況 (処方箋添付可)	<input type="checkbox"/> 有（内容： _____） <input type="checkbox"/> 無			
呼吸障害	<input type="checkbox"/> 有（内容： _____） <input type="checkbox"/> 無			
摂食・嚥下の状況	経口摂取： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食事の形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト状 その他（具体的に： _____）			

(裏面につづく)

排尿障害	<input type="checkbox"/> 有（内容： _____ ） <input type="checkbox"/> 無
発作状況	けいれん発作 <input type="checkbox"/> 有（下に内容記載） <input type="checkbox"/> 無 <b>【内容】</b>  
	発作時の対応 <input type="checkbox"/> その場で様子を見る <input type="checkbox"/> その場で座薬を挿入する <input type="checkbox"/> 救急搬送する <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）
予想される救急時の状況及び対応	状況・頻度： 対応： 救急搬送の目安：
保育所での生活上の配慮及び制限	保育中に特別な配慮を <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要なとする（下に内容記載） <input type="checkbox"/> 常に必要なとする（下に内容記載） <b>【内容】</b>  
	活動の制限 <input type="checkbox"/> 基本的な生活は可能だが、運動は不可 <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可（戸外遊びなど） <input type="checkbox"/> 中等度の運動には参加可（散歩、遊具の登り降り、すべり台、三輪車など） <input type="checkbox"/> 激しい運動にも参加可（走る、リズム遊び、なわとび、運動遊び、ボール遊び、水遊びなど）
その他	上記以外の配慮すべき事項や保育に必要な情報があれば、記入してください。 例) 設備上必要な機能など

様式第4号

医療的ケア実施に関する指示書

(宛先) 大野城市長

作成日 年 月 日

医師氏名			
医療機関名		電話番号	
医療機関住所			

児童名	男・女	年 月 日生	歳
医療的ケアの内容	指示内容及び配慮事項		
<input type="checkbox"/> 気管切開	カニューレ製品名： 交換頻度：1回／		
<input type="checkbox"/> 酸素吸入	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内 流量 ( <input type="text"/> ℓ/分)		
<input type="checkbox"/> 吸引	回数：約 <input type="text"/> 回／日 部位： <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ (Fr)： <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12		
<input type="checkbox"/> 経管栄養	種類： <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名： 注入内容： 注入量・回数： カテーテルサイズ (Fr)：		
<input type="checkbox"/> 導尿	カテーテル製品名： カテーテルサイズ (Fr)： 回数：約 <input type="text"/> 回／日		
<input type="checkbox"/> 血糖測定	時間： <input type="text"/> 時・ <input type="text"/> 時		

(裏面へつづく)



様式第5号

年 月 日

様

大野城市長

医療的ケア児利用(継続)可否通知書

医療的ケア児の保育所の利用について、下記のとおり回答します。

記

対象児童名	
生年月日	

- 対象の医療的ケア児について、次の施設のいずれかの利用(継続)が可能です。  
なお、本通知は、入所を決定するものではありません。利用調整等の結果、入所ができない場合もありますので御了承ください。

◇利用(継続)可能施設◇

施設名	住所

- 対象の医療的ケア児について、市内保育所の利用(継続)は困難です。  
理由：

様式第6号

年 月 日

様

大野城市長

大野城市保育所における医療的ケア実施決定通知書

令和 年 月 日に申請のあった、大野城市保育所における医療的ケア利用(継続)について、実施を決定しましたので、下記のとおり通知します。

記

1 児童名

2 実施保育所

3 医療的ケアの内容

医療的ケアの項目	実施する内容

医療的ケア実施計画書

児童名		男・女	年 月 日生	歳
-----	--	-----	--------	---

作成者	(職名)	(氏名)
実施担当者	(職名)	(氏名)
	(職名)	(氏名)
	(職名)	(氏名)
	(職名)	(氏名)
連絡先		

医療的ケアの内容	実施手順	準備物・留意点等

保育上配慮する事項

予想される緊急時の状態	対応

保育上配慮する事項

上記のとおり医療的ケア等を実施します。

年 月 日

施設住所：

施設名：

施設長名：

様式第 8 号

保育所における医療的ケアの利用に関する同意書

No.	確認事項	確認欄
1	「大野城市での医療的ケア児の保育利用に関するガイドライン」をよく読み、理解しました。また、「第 5 章 保護者の了承事項」の内容を理解し、全て了承します。	<input type="checkbox"/>
2	保育所の利用を開始してから一定の期間、保護者も付き添って短時間からの慣らし保育を行い、保育の内容や医療的ケアの内容を確認します。慣らし保育の期間は、児童の状況や習熟等を踏まえて決定します。	<input type="checkbox"/>
3	登所時に、児童の健康状態について、保育士等に伝達します。	<input type="checkbox"/>
4	やむを得ない事情により、保育中に医療的ケアの実施ができない場合は、保育所の利用ができないことがあることを了承します。	<input type="checkbox"/>
5	保育所内で感染症が一定以上発症した場合は、保護者等が保育所を利用するかどうかを判断するものとします。また、保育所の判断で利用を控えてもらう場合があります。	<input type="checkbox"/>
6	保育所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。	<input type="checkbox"/>
7	児童の症状に急変が生じ、保育所が緊急事態と判断した場合、その他必要な場合には、保護者等へ連絡する前に救急車を要請し、受診または治療が行われることがあります。なお、それに生じた費用は保護者等の負担になることを了承します。	<input type="checkbox"/>
8	経管栄養が必要な場合には、災害時の対策として、1 日分の薬と食事（栄養剤）を登所時に持参します。	<input type="checkbox"/>
9	児童の病態の変化等により、決定を受けた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等は、保育所へ速やかに届け出ることを了承します。 また、その結果、保育所における医療的ケアの実施が困難であるとされた場合は、保育所を退所することを了承します。	<input type="checkbox"/>
10	児童の状況について、集団保育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ことがあることを了承します。	<input type="checkbox"/>
11	「大野城市での医療的ケア児の保育利用に関するガイドライン」の「第 5 章 保護者の了承事項」における、事業の実施の決定の取消しがあった場合は、保育所を退所することを了承します。	<input type="checkbox"/>
12	上記 1 ～ 11 のほか、医療的ケア実施者又は保育所との間で取り決めた事項を遵守します。	<input type="checkbox"/>

(宛先) 大野城市長

以上の保育所における医療的ケアの利用に関する内容について、確認・同意しました。

年 月 日

(保護者氏名)

様式第9号

(宛先) 大野城市長

年 月 日

保育所における医療的ケア実施計画書の変更に関する同意書

保育所名 : \_\_\_\_\_

児 童 名 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_

保護者名 : \_\_\_\_\_

医療的ケア実施計画書(以下「実施計画書等」という)の変更内容について十分な説明を受け、承諾しました。

つきましては、実施計画書等に定められた内容に沿って、医療的ケアを実施いただきますよう依頼します。

なお、児童が受診する際に、保育所における実施状況を主治医に報告し、必要な指示を受けることにも同意します。