**様式第１号**

大野城市保育所における医療的ケア等利用(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 | 年齢 | 歳 |
| 住所 | | | |
| 診断名 | | | |
| 必要な医療的ケア等の内容 | □　経管栄養（鼻腔　・　胃ろう　・　腸ろう） | | |
| | □　吸引（口腔　・鼻腔　・気管カニューレ内） | | |
| | □　酸素療法 | | |
| | □　導尿・自己導尿（一部要介助　・　完全要介助） | | |
| | □　その他心身障害に係る支援 | | |
| 医療的ケア等の具体的な内容 | | | |
| 予想される緊急時の状況 | | | |
| 対応、緊急搬送先・連絡先 | | | |
| 備考 | | | |

**様式第２号**

# 医療的ケア等を受ける児童の調査票

年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな<br>保護者氏名 | | 電話番号 | |
| 住所 | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな<br>児童氏名 | | 男・女 | 年　月　日生 | 歳 |
| 診断名 | | | | |
| 通院・療育の状況 | 医療機関名（　　）<br>診　療　科（　　）　通 院 頻 度（　　回／　　） | | | |
| | 医療機関名（　　）<br>診　療　科（　　）　通 院 頻 度（　　回／　　） | | | |
| | 療育機関名（　　）<br>通 院 頻 度（　　回／　　） | | | |
| 手帳等の状況 | □　身体障害者手帳　（　　級）（障害名　　）<br>□　知的障害者手帳（療育手帳）　（Ａ１ ・ Ａ２ ・ Ａ３ ・ Ｂ１ ・ Ｂ２）<br>□　精神障害者保健福祉手帳　（　　級）<br>□　特別児童扶養手当　（　　級）<br>□　なし | | | |
| 身長・体重 | 身長：　　ｃｍ　体重　　ｋｇ　（測定日：　　年　　月　　日） | | | |
| ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ | □　会話（単語・二語文・文章）　□　絵カード　□　表情 | | | |
| 内服薬 | □　無　□　有（薬品名：　　内服時間：　　） | | | |
| てんかん | □　無　□　有（頻度：　　状況：　　） | | | |
| アレルギー | □　無　□　有（　　） | | | |
| 運動機能 | □　自立<br>□　介助（一部・全部）※介助時の注意点（　　） | | | |
| 姿勢・移動 | 姿勢の変え方 | □　自立<br>□　介助（一部・全部）※介助時の注意点（　　） | | |
| | 姿勢の保ち方 | □　自立<br>□　介助や支えが必要 | | |
| | 移動 | □　自立　□　つかまり歩行　□　歩行器　□　バギー<br>□　車いす（自走・介助・電動）　□　その他（　　） | | |

<table>
<tr><td rowspan="4">排泄</td><td>尿意</td><td colspan="4">□　無　　□　有（　　回／　　）</td></tr>
<tr><td>方法</td><td colspan="4">□　トイレ　　□　オムツ　　□　導尿（　　回）　□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>便意</td><td colspan="4">□　無　　□　有</td></tr>
<tr><td>方法</td><td colspan="4">□　トイレ　　□　オムツ　　□　浣腸（　　回）　□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="6">食事</td><td rowspan="5">方法<br>内容</td><td rowspan="2">□　経口</td><td>状況</td><td colspan="3">□　自立　　□　一部介助　　□　全介助</td></tr>
<tr><td>内容</td><td colspan="3">□　普通食　　□　軟食　　□　きざみ食<br>□　ミキサー食　　□　流動食　　□　その他（　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">□　経管<br>栄養</td><td>種類</td><td colspan="3">□　経鼻栄養　　□　胃ろう　　□　腸ろう</td></tr>
<tr><td colspan="4">製品名（　　）　カテーテルサイズ（　　）<br>注入内容（　　）<br>注入量・回数（　　）<br>トラブル　□　無　　□　有（　　）<br>交換頻度（1回／　　）</td></tr>
<tr><td>□　ＩＶＨ</td><td colspan="4">薬剤名（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">血糖値測定</td><td colspan="4">□　無　　□　有　　□　時間（　　時・　　時・　　時）</td></tr>
<tr><td colspan="2">インスリン投与</td><td colspan="4">□　無　　□　有　　□　時間（　　時・　　時・　　時）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">呼吸<br>管理</td><td rowspan="2">気管<br>切開</td><td>□　無</td><td colspan="3" rowspan="2">製品名（　　）　交換頻度（1回/　　）<br>トラブル　　□　無　□　有（　　）</td></tr>
<tr><td>□　有</td></tr>
<tr><td rowspan="2">吸引</td><td>□　無</td><td colspan="3" rowspan="2">□　腔内　　□　鼻腔内　　□　気管内<br>回数（　　回／時間）　カテーテルサイズ（　　）</td></tr>
<tr><td>□　有</td></tr>
<tr><td colspan="2">出産時の状況</td><td colspan="4">妊娠期間：　　週　　日<br>体　　重：　　ｇ<br>身　　長：　　ｃｍ<br>単・多：単胎　・　多胎</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他</td><td colspan="4">集団生活を送る上で必要な配慮など</td></tr>
</table>

保護者→主治医→保護者→大野城市

**様式第３号**

# 医療的ケア等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 | □　定期<br>□　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。<br>□　保育施設での集団生活は可能<br>□　保育施設での集団生活は不可<br>□　その他（具体的に：　　） |
| 必要な医療的ケア等 | □　経管栄養　（鼻腔　・　胃ろう　・　腸ろう）<br>□　吸引　（口腔　・　鼻腔　・　気管カニューレ内）<br>□　酸素療法<br>□　導尿<br>□　その他（具体的に：　　） |
| 服薬状況<br>（処方箋添付可） | □　有（内容：　　）<br>□　無 |
| 呼吸障害 | □　有（内容：　　）<br>□　無 |
| 摂食・嚥下の状況 | 経口摂取：　□　可　□　一部可　□　不可<br>誤嚥の有無：　□　有　□　無<br>食事の形態：　□　普通食　□　きざみ食　□ペースト状<br>その他（具体的に：　　） |

（裏　面　に　つ　づ　く）

| | |
|---|---|
| 排尿障害 | □　有（内容：　　）<br>□　無 |
| 発作状況 | けいれん発作　□　有（下に内容記載）　　□　無<br>【内容】 |
| | 発作時の対応<br>□　その場で様子を見る<br>□　その場で座薬を挿入する<br>□　救急搬送する<br>□　その他（具体的に：　　） |
| 予想される救急時の況及び対応 | 状況・頻度：<br>対応：<br>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<br>□　必要としない<br>□　部分的に必要とする（下に内容記載）<br>□　常に必要とする（下に内容記載）<br>【内容】 |
| | 活動の制限<br>□　基本的な生活は可能だが、運動は不可<br>□　軽い運動には参加可（戸外遊びなど）<br>□　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）<br>□　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。<br>例）設備上必要な機能など |

保護者→主治医→保護者→大野城市

**様式第４号**

# 医療的ケア等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 |

| 医療的ケア等の内容 | 指示内容及び配慮事項 |
|---|---|
| □　気管切開 | カニューレ製品名：<br>交換頻度：１回／ |
| □　酸素吸入 | □　経鼻　□　気管内　流量（　　ﾘｯﾄﾙ／分） |
| □　吸引 | 回数：約　　回／日<br>部位：□　口腔内　□　鼻腔内　□　気管内<br>カテーテルサイズ（Ｆｒ）：□　８　□１０　□　１２ |
| □　経管栄養 | 種類：□　胃ろう　□　経鼻　□　腸ろう<br>製品名：<br>注入内容：<br>注入量・回数：<br>カテーテルサイズ（Ｆｒ）： |
| □　導尿 | カテーテル製品名：<br>カテーテルサイズ（Ｆｒ）：<br>回数：約　　回／日 |
| □　血糖測定 | 時間：　　時・　　時 |

（裏　面　へ　つ　づ　く）

| 医療的ケア等の内容 | 指示内容及び配慮事項 |
| --- | --- |
| □　インスリン投与 | 薬剤名：<br>１回量　　単位／回　□　食前　□　食後<br>持続投与（メーカー名：　　）<br>薬剤名： |
| □　与薬 | □　内服薬　□　注射薬　□　座薬　□　外用薬<br>薬剤名：<br>１回量：　　時間： |
| その他の<br>医療的ケア等 | |
| 緊急時の対応 | 発作、誤嚥、発熱時等に係る対応等 |
| 保育施設での生活上の注意及び配慮事項並びに活動の制限等 | 感染症流行時に係る対応等 |

**様式第５号**

年　　月　　日

様

大野城市長

医療的ケア児等利用(継続)可否通知書

医療的ケア児等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等について、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等について、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等実施決定通知書

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等利用(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　医療的ケア等の内容

| 医療的ケア等の項目 | 実施する内容 |
|---|---|
| | |
| | |

**様式第７号**

年　　月　　日

# 医療的ケア等実施計画書

| 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 | | |

| 医療的ケア等の内容 | 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 |
| --- | --- |
| | |

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等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及び重症心身障害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。 | □ |
| 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等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。 | □ |
| 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。 | □ |
| 4 | やむを得ない事情により、保育中に医療的ケア等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。 | □ |
| 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。 | □ |
| 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。 | □ |
| 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。 | □ |
| 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。 | □ |
| 9 | 児童の病態の変化等により、決定を受けた医療的ケア等の内容以外の医療的ケア等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。<br>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。 | □ |
| 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。 | □ |
| １１ | 「大野城市での医療的ケア児及び重症心身障害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。 | □ |
| １２ | 上記１～１１のほか、医療的ケア等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。 | □ |

（宛先）大野城市長

以上の保育所における医療的ケア等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等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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療的ケア等実施計画書(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、医療的ケア等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。