

令和 年 月 日

医療的ケアを受ける児童の調査票

保護者氏名		電話番号	
住所			

児童名		男女	年齢	歳	生年月日	年 月 日生
診断名						
通院・療育の状況	医療機関名 () 診療科 () 通院頻度 (回/)					
	医療機関名 () 診療科 () 通院頻度 (回/)					
	療育機関名 () 通所頻度 (回/)					
手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 知的障害者手帳 (療育手帳) (A ・ B1 ・ B2) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (級)					
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	<input type="checkbox"/> 会話(単語・二語文・文章) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情					
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名 内服時間)					
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度 状況)					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()					
運動機能	首すわり (か月) 寝返り (か月) おすわり (か月) はいはい (か月) つかまり立ち (か月)					
姿勢・移動	姿勢の 変え方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 ()				
	姿勢の 保ち方	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 ※普段使用している物品 () ※普段よくしている姿勢 ()				
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー <input type="checkbox"/> 車いす (自走・介助・電動) <input type="checkbox"/> その他				
排泄	尿	尿 意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/日)			
		方 法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 (回/日) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	便	便 意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/日) 使用中の薬剤 ()			
		方 法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸 (回/日) <input type="checkbox"/> その他 ()			

(裏面へ続く)

医療的ケア実施申込書

児童名 <small>ふりがな</small>		男女	年齢	歳	生年 月日	年 月 日生
児童の住所						
電話番号 (携帯電話番号)						

実施を申し込む医療的ケアの内容（保護者記入）

必要な医療的ケアの項目に✓をつけ、（ ）内の該当する項目に○または記入をしてください。

必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ 鼻腔経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ） <input type="checkbox"/> 吸引（ 口 ・ 鼻 ・ 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 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）※吸入、インスリン注入等
----------	---

予想される緊急時の対応（保護者記入）

該当する項目に必要な事項を記入ください。

必要な 医療的ケア	予想される緊急時の状態	対応・緊急搬送先
経管栄養		
吸引		
酸素療法		
導尿		
その他		

上記の医療的ケアについて、保育施設等での実施を申し込みます。

尚、受入れの検討を行う際、関係機関での必要書類の複写等を行って情報共有が行われること、また、主治医や保健センター等から、児童の意見聴取を行うことについて同意します。

保護者氏名 _____

医療的ケアを必要とする児童の保育に関する確認書兼同意書

保育施設等における医療的ケア実施の申し込みにあたり、次の確認事項をご理解いただいたうえで、各項目の確認欄に☑し、署名をお願いします。

	確認事項	確認欄
1	「医療的ケア児の入所申込について」の内容を理解し、全て了承します。	<input type="checkbox"/>
2	止むを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合には、保護者が付き添います。また、保育中の医療的ケア実施の体制がとれない場合は、保育の利用ができないことがあることを了承します。	<input type="checkbox"/>
3	保育施設内での感染症が一定以上発症した場合の登園判断は、保護者等の責任で行います。また、保育施設等の判断で登所（園）を控えていただく場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
4	保育施設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"/>
5	児童の症状に急変が生じ、緊急事態と保育施設等が判断した場合、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、それに伴い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"/>
6	経管栄養が必要な場合は、災害時対策として、1日分の薬と食事（栄養剤）を登所（園）時に持参します。	<input type="checkbox"/>
7	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に変更が生じた場合は、保育施設等へ速やかに相談することを了承します。	<input type="checkbox"/>
8	医療的ケアが必要な児童の状況について、嘱託医と情報共有するほか、集団保育を実施するうえで必要な範囲で、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。	<input type="checkbox"/>
9	1～8のほか、保育施設等との間で取り決めた事項を順守します。	<input type="checkbox"/>

東大阪市長 宛

以上の内容について内容を理解したので、医療的ケアの実施及び保育利用に同意いたします。

年 月 日

保護者名 _____