様式第１号

医療的ケア児保育所等利用事前相談票

１　児童・家族について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 性別 | 男　・　女 |
| 児童氏名 |  |
| 生年月日 |  | 年齢 | 歳 |
| （ふりがな） |  | 続柄 |  |
| 保護者氏名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 同居家族 | 氏　　名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先・学校名等 |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　　　　年　　月　　日 |  |

２　入所希望について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入所希望施設 | 第１希望 |  | 利用希望曜日 |
| 第２希望 |  | 月　　火　　水　　木　　金 |
| 第３希望 |  | 利用希望時間 |
| 入所希望月 | 　　　　　　　年　　　　　月 | 　　　時　　　分 ～ 　　　時　　　分 |

３　必要とする医療的ケア

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 保育所等で実施を希望する回数・時間等 |
| 経管栄養 | [ ] 経鼻（胃管・十二指腸管）[ ] 胃ろう　　[ ] 腸ろう | 回数・時刻（　　　　　回／日　・　　　　　　　　　　）１回の注入時間（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）内容・量（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| たん吸引 | [ ] 口腔内　　[ ] 鼻腔内[ ] 気管カニューレ内 | 回数（　　　　　回／日）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [ ] 導尿 | 回数（　　　　　回／日）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| [ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

　上記の医療的ケアについて、保育所等での実施を希望します。

　また、市が受入れの検討等を行う際、関係機関で必要書類の複写等を行い情報共有が行われることに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入日： | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 保護者氏名： |  |