

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(園)希望について

入所(園) 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(園) 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	<input type="checkbox"/> 経鼻(胃管・十二指腸管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内	回数(回/日) その他()
<input type="checkbox"/> 導尿		回数(回/日) その他()
<input type="checkbox"/> 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： _____