様式第２号

保護者記入用

保育園における医療的ケアの実施に係る相談票

１　児童について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 性別 |  |
| 生年月日 |  | 年齢 | 歳 |
| 住　　所 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| そ の 他 | (1) 障害者手帳の有無  無　有（種別：　　　　　　　　　　　　　　　等級：　　　　　級）  (2) 保育施設、障害児通所サービス等の利用経験  無　有（施設名等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　（時期：　　　　歳　　　　か月　～　　　　歳　　　　か月） | | |

２　必要とする医療的ケア

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | | 保育園で実施を希望する回数・時間等 |
| 喀痰吸引 | 口腔内　　鼻腔内  気管カニューレ内部 |  |
| 経管栄養 | 経鼻　　　胃ろう  腸ろう |  |
| 導尿 | |  |
| □血糖値管理 | |  |
| その他（　　　　　　　　　　　） | |  |

　上記の医療的ケアについて、保育園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： |