

No１

医療的ケア実施申込　及び　受け入れ要件確認書（保護者記入書類）

|  |  |
| --- | --- |
| （あて先）　　　　　　　　　　　　区・市・町・村長  | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 保護者の住所 | 保護者氏名電話　①　　　② |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申し込みする児童名 |  | 男　・　女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 | 平成・令和　　　　年月　　日 |
| 児童の住所 |  |
| 電話番号 |  | 緊急連絡先 |  |
| 地区担当保健師 | 氏名（　　　　　　　　　　　　　　　）訪問時の様子についての情報提供の同意　　□しない　　□する |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施を申し込む医療的ケアの内容及び方法等 | 医療的ケアの内容(必要なケアに✓をつけてください) | 保育施設で実施を希望する方法 | 医療的ケアの内容(必要なケアに✓をつけてください) | 保育施設で実施を希望する方法 |
| □酸素吸入□気管切開　□鼻腔　□人工呼吸器(NIPPV、IP含む) |  | □導尿　□一部要介助□完全要介助 |  |
| □吸引　　□気管切開　□鼻腔　□口腔 |  | □与薬（具体的に） |  |
| □経管栄養　　□経鼻経管　□胃ろう　□腸ろう |  | □その他（具体的に） |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受け入れ要件の基本情報確認等 | 項目 | 詳細 | 特記事項 | チェック |
| 出生時状況 | 在胎日数　（　　　　　日）　体重　（　　　　　ｇ）　身長　（　　　　ｃｍ）出産やNICU等の医療機関名 |  |  |
| 基礎疾患　 | □なし　□あり　（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| 在宅開始年月日 | 　平成・令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |  |
| 過去3ヵ月の急性増悪に関するエピソード | □なし　□あり　→　□入院　□在宅どのような状況だったか |  |  |
| 手帳等の状況 | □身体障害者手帳　　□愛の手帳　　□特別児童扶養手当 |  |  |
| サービス利用状況 | □相談支援専門員：事業所と担当者　　事業者名（　　　　　　　　　　　　　　　　）担当者（　　　　　　　　　　　　）　※サービス等利用計画をご提出いただけるとありがたいです□ヘルパー等（　居宅介護　・　育児支援　・　ファミリーサポート等　）　事業者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□訪問診療（　　　　　　　　　　　　　　）□訪問歯科（　　　　　　　　　　　　）　□訪問薬剤（　　　　　　　　　　　　　　）□訪問看護（　　　　　　　　　　　　）□主な治療を行う医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |
| 予防接種状況 | （翌年2月末までの予定）□終了する　□終了しない　→　理由とその予防接種内容 |  |  |
| 成長発達の気になること | □内臓等　　□神経　　□知的　　□運動　　□情緒　　□食べる　□ことば　　□聴こえ　□見る　　□その他 |  |  |
| 育児環境への心配事 | □養育者の健康状態　　□家族の状況　　□経済的状況　　□住宅環境　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |  |

医療的ケアに係る調査の情報として使用することに同意し、保育園等への入所を希望します

　　　　　　　　保護者氏名サイン　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印