

# 様式集

このガイドラインで定める様式の保存年限は5年とします。

様式1「ヒアリングシート」

様式2「医療的ケア保育利用申請書」

様式3「集団保育に係る意見書・医療的ケアに関する指示書」

様式4「医療的ケア実施同意書」

様式5「児童状況調査票」

様式6「医療的ケア個別対応マニュアル」

様式7「仮入園実施報告書」

様式8「医療的ケア終了届」

様式9「医療的ケア連絡票」

様式10「医療的ケア実施報告及び保育計画」

## ヒアリングシート

ヒアリング実施日時： 年 月 日 ( : ~ : )

記録者氏名： (所属： )

児童氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
相手方	氏名：	所属：	
	連絡先：		
児童について	診断名		
	発症から現在までの経過		
	医療的ケアの状況		
	医療機関	主治医：	
		かかりつけ医：	
		その他：	
	療育の利用	あり・なし・申請中	
訪問看護の利用	あり・なし・申請中		
食事の配慮			
家庭状況	保育の必要性	父：	
		母：	
	備考：		
保育希望時間	月・火・水・木・金・土・日・祝 ( 時 分～ 時 分)		

家庭状況	利用希望施設	車の送迎：可 ・ 否
	慣らし保育と仮入園の対応	
	家族以外の支援者（ファミサポ含む）	あり ・ なし
	看護師不在時の協力可否	可能 ・ 不可
保育所利用について	禁忌・配慮事項	
	緊急時の対応	
	災害時の対応	
主治医等との連携	手技指導	可・不可・実施済（ 回）
	受診同行	可（ 名まで）/事前確認：要・不要/保護者確認：要・不要
	検討チームへの参加	可・不可・オンライン可
その他 ※保育所等への希望（他児との関わり・行事参加など）		

## 医療的ケア保育利用申請書

年 月 日

千歳市長 様

次のとおり、 年度の医療的ケア保育の利用を申請します。

## 1 医療的ケア保育を申込む児童

ふりがな				性別
児童名				男 ・ 女
生年月日	年 月 日	希望する利用開始日		年 月 日
利用希望園	第1希望		希望する 認定区分	教育 ・ 保育
	第2希望			
保育を 必要とする 理由	父	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい等 <input type="checkbox"/> 介護等（対象：                      ） <input type="checkbox"/> その他（                      ）		
	母	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい等 <input type="checkbox"/> 介護等（対象：                      ） <input type="checkbox"/> その他（                      ）		

## 2 保育所等で実施を希望する医療的ケアの内容

医療的ケアの種類	保育所等で実施を希望する回数・時間・特記事項等

保護者氏名

住所 〒

電話番号

## 集団保育に係る意見書・医療的ケアに関する指示書

- ・ この意見書・指示書は、保護者の同意のもと、千歳市指定保育所等の入園判定等の資料として、千歳市医療的ケア児支援検討チーム（千歳市こども福祉部、保健福祉部、教育委員会、市民病院のほか、利用する医療機関・事業所等の関係者等により構成され、医療的ケア児に対する地域での支援体制について具体的な検討を行う組織。以下「検討チーム」という。）で内容を共有します。
- ・ この意見書・指示書の内容について、検討チームの担当者から問い合わせをしたり、検討チームへの参加及び医療的ケア実施者への手技指導をお願いしたりすることがあります。
- ・ 意見・指示について、欄内に記入できないときは、別紙に記入してください。
- ・ 当該年度に意見書・指示書を提出している場合、変更のない項目の記載は省略可能です。

千歳市長 宛

児童氏名 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 )      生年月日 \_\_\_\_\_ 年   月   日

病名・障がい名・状態像 \_\_\_\_\_

① 症状、今後の見通しについて

( \_\_\_\_\_ )

② 本児が集団の中で保育を受けることについて

望ましい(理由: \_\_\_\_\_ )

望ましくない(理由: \_\_\_\_\_ )

本児が集団の中で保育を受ける上で必要な制限や配慮がある場合は、下記にご記入ください。

健康状態	不要 ・ 必要 ( _____ )
食事	不要 ・ 必要 ( _____ )
排泄	不要 ・ 必要 ( _____ )
睡眠	不要 ・ 必要 ( _____ )
運動	不要 ・ 必要 ( _____ )
野外運動	不要 ・ 必要 ( _____ )
プール・水遊び	不要 ・ 必要 ( _____ )
感覚異常	なし ・ あり ( _____ )
発語・言語理解の遅れ	なし ・ あり ( _____ )
その他	なし ・ あり ( _____ )

③ 医療的ケアに係る指示 (期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

ケア内容及び留意事項		
□ 吸 引	□口腔内：吸引チューブ ( Fr) 挿入長 ( cm) 吸引圧 ( ~ kPa) □鼻腔内：吸引チューブ ( Fr) 挿入長 ( cm) 吸引圧 ( ~ kPa) □気管カニューレ又は気管内： 吸引チューブ ( Fr) 挿入長 ( cm) 吸引圧 ( ~ kPa)	
	※留意点	
	<table border="1"> <tr> <td>                     &lt;気切カニューレ&gt;  <input type="checkbox"/>単純気管切開   <input type="checkbox"/>喉頭気管分離  <input type="checkbox"/>人工鼻   <input type="checkbox"/>スピーチカニューレ                      ・種類 ( )                      ・サイズ ( Fr) ・挿入長( cm)                      ・交換頻度( 1回/ )                      ・カフ圧確認 ( )時間ごと                 </td> <td>※抜去時の指示</td> </tr> </table>	<気切カニューレ> <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> 人工鼻 <input type="checkbox"/> スピーチカニューレ ・種類 ( ) ・サイズ ( Fr) ・挿入長( cm) ・交換頻度( 1回/ ) ・カフ圧確認 ( )時間ごと
<気切カニューレ> <input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> 人工鼻 <input type="checkbox"/> スピーチカニューレ ・種類 ( ) ・サイズ ( Fr) ・挿入長( cm) ・交換頻度( 1回/ ) ・カフ圧確認 ( )時間ごと	※抜去時の指示	
□ 吸 入	① 時 分 内容・量( ml) ※留意点	
	② 時 分 内容・量( ml)	
	③ 時 分 内容・量( ml)	
	④ 時 分 内容・量( ml)	
	⑤ 時 分 内容・量( ml)	
□ 経 管 栄 養 な ど	<input type="checkbox"/> 経鼻 ・種類 ( ) ・サイズ ( Fr) ・挿入長 ( cm) ・交換頻度( 1回 / ) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ・種類 ( ) ・サイズ ( Fr) ・挿入長 ( cm) ・交換頻度( 1回 / ) ・固定水( ml) ・Yガーゼなど( )枚 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(TPN) ・挿入部位( ) ・種類( ) ・メーカー( ) ・交換頻度( 1回 / ) <input type="checkbox"/> その他( )	
	・注入時の姿勢 <input type="checkbox"/> ギャッジアップ( 度) <input type="checkbox"/> 座位 <input type="checkbox"/> 右側臥位 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 体位保持枕の使用あり	

	① (種類:                    部位:                    個数:                    個)	
	② (種類:                    部位:                    個数:                    個)	
	③ (種類:                    部位:                    個数:                    個)	
	④ (種類:                    部位:                    個数:                    個)	
	・注入詳細	
	①                    時                    分・内容(                    )・量(                    ml)・速度(                    分)	
	②                    時                    分・内容(                    )・量(                    ml)・速度(                    分)	
③                    時                    分・内容(                    )・量(                    ml)・速度(                    分)		
④                    時                    分・内容(                    )・量(                    ml)・速度(                    分)		
⑤                    時                    分・内容(                    )・量(                    ml)・速度(                    分)		
⑥                    時                    分・内容(                    )・量(                    ml)・速度(                    分)		
※胃残(                    ml)未満の時、全量注入		
※胃残(                    ml~                    ml)未満の時、差引注入		
※コアグラ混入時(                    )		
※注入中止(                    )		
酸 素 管 理	<input type="checkbox"/> 酸素流量(                    L/分) <input type="checkbox"/> 経鼻カニューレ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他(                    ) <input type="checkbox"/> 安静時 SpO2(                    )%	※留意点
	※酸素流量増減の指示	
人 工 呼 吸 器	<input type="checkbox"/> 自発呼吸 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 装着時間 <input type="checkbox"/> 24 時間 <input type="checkbox"/> 睡眠時のみ <input type="checkbox"/> 定時(                    時                    分 ~                    時                    分) <input type="checkbox"/> 適宜(                    時                    分 ~                    時                    分) <input type="checkbox"/> 種類(                    )・メーカー(                    )	※留意点
	設定	
排 泄	<input type="checkbox"/> 導尿(カテーテル種類:                    サイズ:                    Fr) <input type="checkbox"/> 実施時間 <input type="checkbox"/> 定時(                    時                    分)(                    時                    分)(                    時                    分) <input type="checkbox"/> その他 (                    時                    分)(                    時                    分)(                    時                    分)(                    時                    分)	※留意点
	<input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 浣腸液(                    ml) <input type="checkbox"/> 座薬(薬剤名:                    ) <input type="checkbox"/> 内服薬 (薬剤名:                    ) <input type="checkbox"/> 実施時間 <input type="checkbox"/> 定時 (                    時                    分)(                    時                    分) <input type="checkbox"/> その他 (                    時                    分)(                    時                    分)(                    時                    分)	※留意点

て ん か ん	<input type="checkbox"/> ・種類 <input type="checkbox"/> 焦点発作てんかん <input type="checkbox"/> 全般焦点合併てんかん <input type="checkbox"/> 全般てんかん <input type="checkbox"/> 病型不明てんかん <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> ・持続時間( ) ・頻度( 回 / ) ・トリガー( ) <input type="checkbox"/> ・症状 <input type="checkbox"/> 全身性 <input type="checkbox"/> 部分性 <input type="checkbox"/> 左右対称 <input type="checkbox"/> 左右非対称(右・左) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 四肢(上肢・下肢) <input type="checkbox"/> 眼球上転 <input type="checkbox"/> 眼球偏位 <input type="checkbox"/> 四肢の屈曲 <input type="checkbox"/> 四肢の進展 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> 脱力 <input type="checkbox"/> ミオクローヌス <input type="checkbox"/> その他( )	
	※発作時の指示 <input type="checkbox"/> ダイアアップ使用( mg) <input type="checkbox"/> その他( ) ※重責発作時の指示	
与 薬	<input type="checkbox"/> 定時薬(薬情添付:あり・なし) <input type="checkbox"/> 頓服薬(薬情添付:あり・なし) <input type="checkbox"/> 外用薬(薬情添付:あり・なし)	※留意点
	<input type="checkbox"/> 再与薬の指示 ※内服後嘔吐時、座薬挿入後の排便時など	

※ 期間について特に指定のない場合は、1年ごとに更新の指示をいただきます。

※ 保育所等における医療的ケアは、看護師（准看護師含む）が行います。医療的ケアの内容が口腔内の喀痰吸引等の「特定行為」に限られる場合は、認定特定行為業務従事者である保育士が実施する場合があります。

・予想される緊急時の状態とその対応：

・緊急搬送が必要な状況の目安と搬送までの対応：

・緊急搬送先医療機関名：

住所：

TEL：

担当医師名：

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

主治医名

(自署又は記名押印)



## 医療的ケア実施同意書

### 1 保育利用について

- (1) 保育所等の利用日、利用時間は、原則、月曜日から金曜日の9時から16時の範囲とし、保護者の就労等の状況や医療的ケア児の身体状況、保育所等の職員体制等を考慮し、千歳市医療的ケア児支援検討チーム（以下「検討チーム」という。）の意見を踏まえて、施設長が決定します。
- (2) 保護者は毎年度、保育所等へ次の書類を提出し、保育所等の継続可否の判定を受けます。
  - ①医療的ケア保育利用申請書、②集団保育に係る意見書・医療的ケアに関する指示書、③医療的ケア実施同意書

### 2 医療的ケアについて

- (1) 医療的ケアを安全に実施するため、医療的ケア看護職員等が保護者とともに子どもの受診に同行し、主治医との面談を行う場合があります。
- (2) 保育所等では、関係法令、主治医の指示書等に基づいて医療的ケア及び緊急時の対応を行います。
- (3) 保護者は、子どもの医療的ケアの内容に変更があった場合には、その内容を速やかに保育所等の施設長へ報告するとともに、集団保育に係る意見書・医療的ケアに関する指示書、医療的ケア実施同意書を新たに提出します。
- (4) 入園後に保育所等での医療的ケアの実施が不要になった場合、保護者は保育所等へ医療的ケア終了届を提出します。医療的ケアの実施が不要となっても、その他に重度の障がい等があり、保育士等の加配が必要な場合は、施設長の判断により、保育所等の利用を継続できないことがあります。
- (5) 医療的ケアの実施に係る医療機関に対する診療報酬、指示書料等のほか、面談や受診の経費及びその他必要書類の文書料等については、保護者負担とします。
- (6) 医療的ケアに必要な医療機器、医薬品及び消耗品等は、各家庭で準備の上、原則として、毎日持参し、使用後の物品・廃棄物は保護者が持ち帰ります。

### 3 体調管理及び保育の中止等

- (1) 医療的ケア実施者の休暇や職員間の引継ぎ期間、医療的ケアの内容の変更や子どもの健康状態等の変化による医療的ケア個別対応マニュアル（以下「マニュアル」という。）の再整備期間は、保護者に医療的ケアの実施を依頼する場合や、保育所等を利用できない場合があります。
- (2) 保護者は子どもの家庭での様子について、「医療的ケア連絡票」を用いて、登園時に保育所等へ報告をします。子どもに体調不良があり、予めマニュアルに規定した登園不可の基準に該当する場合は、保育所等の利用はできません。
- (3) 保育中に子どもの体調不良が発生した場合は、保護者に迎えをお願いします。保護者は保育中に必ず連絡がとれる体制を整えます。

- (4) 感染症が一定数以上発生した場合は、保護者が保育所等を利用するかどうか判断します。また、施設長の判断により、利用を控えてもらう場合があります。
- (5) 医療的ケアの内容の変更や子どもの健康状態等の変化により、検討チームが集団保育や安全な医療的ケアの実施の継続が困難であると判断した場合は、保育所等の利用は継続できません。
- (6) 保育所等の都合により、医療的ケアが一時的に実施できず、保育所等をお休みした場合でも、原則として、保育料等の返金、減額などの対応はできません。

#### 4 緊急時及び災害時の対応等

- (1) 子どもの体調に急変が生じ、施設長が必要と判断した場合には、保護者へ連絡する前に子どもを医療機関へ搬送し、受診又は治療が行われることがあります。それに伴い生じた費用は保護者負担とします。
- (2) 挿入物の事故抜去等の緊急時や災害時は、保護者及び主治医と事前に協議して作成したマニュアルに沿って対応します。
- (3) 災害時対策として、医療的ケアの実施に必要な医薬品及び消耗品等は、保護者が3日分程度用意し、保育所等に登園時に預託します（未使用分は降園時に返却します）。

#### 5 情報の共有

- (1) 保護者からの申請内容及び各関係機関へ照会した情報は、保育所等、主治医、地域のかかりつけ医、保育所等の嘱託医、その他検討チームの関係機関で共有します。また、安全な保育の提供のために必要な場合は、保護者への事前通知なく、検討チームの構成員を随時追加・変更します。
- (2) 保護者からの申請内容及び各関係機関へ照会した情報は、緊急時の対応に必要な場合、子どもの診療情報のない医療機関に提供する場合があります。
- (3) 子どもの安全を確保するため、集団保育を実施する上で必要なことは、他の子どもや保護者との間で共有する場合があります。

#### 6 その他

- (1) 保護者は、上記のほか、必要に応じ保育所等との間で取り決めた事項を遵守します。

千歳市長 様

上記事項について、全て同意の上、申し込みます。

年 月 日

保護者署名

---

## 児童状況調査票

児童氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
現病歴	診断名：	( 歳 か月)	
	診断名：	( 歳 か月)	
	診断名：	( 歳 か月)	
医療機関・診療科名	受診頻度	診療内容	
主治医：	週・月 回 又は 不定期		
かかりつけ医：	週・月 回 又は 不定期		
その他：	週・月 回 又は 不定期		
その他事業所名	利用頻度	利用内容・目的	
療育：	週・月 回 又は 不定期 週・月 回 又は 不定期		
訪問看護：	週・月 回 又は 不定期		
その他：	週・月 回 又は 不定期		
手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( 種 級 ) あり・申請中 <input type="checkbox"/> 療育手帳 ( A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ) あり・申請中 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 ( 級 ) あり・申請中 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当の受給 あり・申請中		
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 ( 喃語・単語・二語文・文章 ) <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
生育歴	妊娠中	異常の有無： なし ・ あり ( )	
	出産時	在胎週数： 週 日 出生体重： g 分娩時の異常の有無： なし ・ あり ( ) 分娩経過 ( 頭位 ・ 骨盤位 ・ その他 ) 特記事項： 医療機関名：	
	入院中の状況	治療： なし ・ あり ( 挿管・酸素投与・経管栄養・その他 )	
	退院時の状況	退院時サマリーの添付 可・否 ( 年 月 日退院)	

内服薬（定時薬）		なし・あり ※ありのときは、お薬手帳又は薬剤情報のコピーを添付してください。
とんぷく薬		なし・あり ※ありのときは、お薬手帳又は薬剤情報のコピーを添付してください。
てんかん発作	なし・あり	«ありの場合» 最終発作の日時： 年 月 日 時 誘発要因： 頻度・時間： 症状： 発作時の対応： 緊急搬送の目安：
アレルギー	なし・あり	«ありの場合» アレルゲン： 症状： 対応： アナフィラキシー反応： なし・あり エピペン： なし・あり ※本数( 本) 期限( ) 処方薬： なし・あり (薬品名： )
運動機能		首すわり ( か月) 寝返り ( か月) 座位 ( か月) 独歩 ( か月) 発語 ( か月)
姿勢・移動	姿勢変更	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助 ※介助時の注意点 ( )
	姿勢維持	<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 ( )
運動	<input type="checkbox"/> 立位保持可能 <input type="checkbox"/> 伝い歩き可能 <input type="checkbox"/> 軽介助にて歩行可能 <input type="checkbox"/> 自立歩行可能 <input type="checkbox"/> 寝返り可能	
身体	<input type="checkbox"/> 拘縮あり(箇所： ) <input type="checkbox"/> 拘縮なし <input type="checkbox"/> 側弯あり(箇所： ) <input type="checkbox"/> 側弯なし <input type="checkbox"/> 腹臥位あり(腹臥位マットの使用:あり・なし) <input type="checkbox"/> 腹臥位なし	

自助具の使用	<input type="checkbox"/> あり(種類: ) <input type="checkbox"/> なし	
睡眠	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 中途覚醒あり <input type="checkbox"/> 不眠あり <input type="checkbox"/> 睡眠薬使用あり	
清潔	・手洗い <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・うがい <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 ・歯磨き <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助 ・顔を拭く <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助 ・更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助	
尿	尿意	なし ・ あり ( 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"/> 導尿の実施 <input type="checkbox"/> 自己導尿の補助 ) カテーテルサイズ ( Fr ) 挿入長さ ( cm ) メーカー ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
便	便意	なし ・ あり ( 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 浣腸液( ml) <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 座薬(薬剤名: ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう・中心静脈栄養) トラブル: なし ・ あり ( )	
	<input type="checkbox"/> 血糖値測定	定時 ( 時、 時、 時、 時) <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> リブレ使用 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> インスリン投与	① 時 分 種類( ) 単位( ) ② 時 分 種類( ) 単位( ) ③ 時 分 種類( ) 単位( ) ④ 時 分 種類( ) 単位( ) ⑤ その他( )
	姿勢: <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> いす (座位保持装置・幼児用いす) <input type="checkbox"/> その他 ( ) 注意事項:	



**【在宅での1日の流れ】**

時間	食事、水分補給、入浴、排泄、 遊び、外出、姿勢等	吸引、服薬、検温等の処置
1 : 00		
2 : 00		
3 : 00		
4 : 00		
5 : 00		
6 : 00		
7 : 00		
8 : 00		
9 : 00		
10 : 00		
11 : 00		
12 : 00		
13 : 00		
14 : 00		
15 : 00		
16 : 00		
17 : 00		
18 : 00		
19 : 00		
20 : 00		
21 : 00		
22 : 00		
23 : 00		
24 : 00		





診断名		
医療的ケアの内容		
医療的ケアの必要物品と 衛生管理の方法		
医療的ケアの手順		【留意点】
登園不可基準		

主な1日・（ ）のタイムスケジュール

時間	保育	医療的ケア・その他留意事項
9:00 登園		
10:00 活動		
11:30 給食		
12:30 活動、午睡		
15:00 おやつ		
16:00 活動、降園		
リスクとなる場所、場面	対応策	

行事名	個別に必要な対応
<p data-bbox="268 1272 416 1310">災害時対応</p> <p data-bbox="165 1384 504 1458">※必要に応じて別途フローチャートを作成する。</p>	<p data-bbox="550 779 788 817">1. 避難経路・方法</p> <p data-bbox="550 1193 815 1232">2. 避難時の必要物品</p> <p data-bbox="550 1451 762 1489">3. 停電時の対応</p> <p data-bbox="550 1664 683 1702">4. その他</p>

## 仮入園実施報告書

年 月 日

施設名  
園長

児童氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
仮入園期間	年 月 日 ~ 月 日 (計 日間)		
仮入園実施日時	保育の様子 (本人の様子・保育者の対応)		医療的ケアの記録
月 日 : ~ :			
月 日 : ~ :			
月 日 : ~ :			
月 日 : ~ :			



月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
月 日 : ~ :		
<b>特記事項</b> ・子どもの状況 ・保護者の状況 ・医療的ケアの実施について ・集団保育での注意点 ・リスクとなる場面・場所 ・受入れにあたって事前に 検討・解決すべきこと		

## 医療的ケア終了届

次の児童は、保育所等での医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、保育所等での医療的ケアを終了することを届けます。

また、この医療的ケアの終了に係る診断について、千歳市から主治医等へ確認することについて同意します。

ふりがな		生年月日	年	月	日
児童名		性別	男 ・ 女		
保育所等					

千歳市長 様

年 月 日

保護者署名

住所 〒

電話番号

医療的ケア連絡票

日付	年 月 日( )	利用児名		記入者	
【家庭での様子】			【園での様子】		
睡眠	( : ~ : ) <input type="checkbox"/> 中途覚醒( ) <input type="checkbox"/> 寝なかった <input type="checkbox"/> その他( )	8:00		登園時	降園時
食事	夕食 ( : )全量摂取・残し・無・拒否 経口・経管栄養(胃残:あり・なし) その他( )	9:00		<input type="checkbox"/> 体温( °C)	<input type="checkbox"/> 体温( °C)
	朝食 ( : )全量摂取・残し・無・拒否 経口・経管栄養(胃残:あり・なし) その他( )	10:00		<input type="checkbox"/> SpO2( %)	<input type="checkbox"/> SpO2( %)
排泄	小 ① ( : ) 硬・普・軟・下痢	11:00		<input type="checkbox"/> オムツ( 枚)	<input type="checkbox"/> オムツ(残 枚)
	② ( : ) 硬・普・軟・下痢	12:00		<input type="checkbox"/> 着替え	<input type="checkbox"/> 着替え
	③ ( : ) 硬・普・軟・下痢	13:00		<input type="checkbox"/> 経管栄養剤	<input type="checkbox"/> 頓服薬( 種 個)
	④ ( : ) 硬・普・軟・下痢	14:00		<input type="checkbox"/> 定時薬	<input type="checkbox"/> 使用あり( : )
	⑤ ( : ) 硬・普・軟・下痢	15:00		<input type="checkbox"/> 頓服薬( 種 個)	薬剤名:
	⑥ ( : ) 硬・普・軟・下痢	16:00		<input type="checkbox"/> 血压	<input type="checkbox"/> 使用なし
	⑦ ( : ) 硬・普・軟・下痢	17:00		( / )	<input type="checkbox"/> 血压( / )
入浴	あり・シャワー浴・清拭・なし		<input type="checkbox"/> カテ挿入部	<input type="checkbox"/> カテ挿入部	
連絡事項			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
お迎え時間	( : )	○:小 ●:大 ☆:吸引 △:血糖測定 ▲:ｲﾝｽﾘﾝ	本人の様子		
お迎えに来る人		◎:内服 □:食事	昼食	( : ) 経口・経管栄養(胃残:あり・なし)	
【看護師確認】			おやつ	( : ) 経口・経管栄養(胃残:あり・なし)	
<input type="checkbox"/> 気切挿入部	<input type="checkbox"/> 酸素流量	<input type="checkbox"/> 酸素残量	<input type="checkbox"/> 呼吸器設定	<input type="checkbox"/> ポータブル吸引機	<input type="checkbox"/> 吸引物品
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			園長	副園長	副園長
			担任	実施者	



医療的ケア実施報告及び保育計画（ 年 第 回目）

（実施報告）

児童名		男・女	生年月日	年 月 日	担任	
※医療的ケアの実施者、種類、場所、時間、回数、回数など 医療的ケアの実施内容						

（保育計画）

ねらい	内容	環境構成
		反省と今後の課題
保護者との連携・支援		
関係機関との連携		