

様式一覧

- ・ 様式1号 医療的ケア実施について(保護者宛)
- ・ 様式2号 医療的ケア実施届出書
- ・ 様式3号 医療的ケア実施に関する医師の指示書
- ・ 様式4号 主治医訪問について(主治医宛)
- ・ 様式5号 医療的ケア実施に関する計画書 及び同意書
- ・ 様式6号 医療的ケア実施について(主治医宛)
- ・ 様式6-2号 医療的ケア実施について(主治医宛)
- ・ 様式7号 医療的ケア実施状況報告書
- ・ 様式8号 医療的ケア実施に係るヒヤリハット・アクシデント報告書
- ・ 様式9号 医療的ケア解除届出書

八尾市こども施設運営課

令和3年1月改訂

様式1号

年 月 日

保 護 者 様

こども施設運営課

医療的ケア実施について

本市では、こども園をご利用いただくにあたり、保護者からの届出や主治医様からのご意見及び指示内容に基づき、こども園へ入園される児童の安全で安心な保育の提供に努めているところであります。

また、保護者様へこども園入園に向けて『市立こども園における医療的ケアを必要とする子どもへの対応について』のご説明と、直接、お子様への支援内容のご相談などさせていただきたいと考えております。

つきましては、お会いさせていただく日程など調整させていただきたいと考えておりますので、 月 日 () までに下記のこども園担当者迄ご連絡をいただきますようお願いいたします。

連絡先

〇〇〇〇こども園

電話

FAX

担当

様式2号

医療的ケア実施届出書

年 月 日

八尾市立 こども園長

保護者	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
児 童	氏 名	
	生年月日	年 月 日生

こども園入園にあたり、下記医療的ケアが必要ですので届け出ます。

記

医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 吸引（ <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引・ <input type="checkbox"/> 口腔内吸引・ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引） <input type="checkbox"/> 経管栄養 [<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養チューブによる注入] <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろうへの注入 <input type="checkbox"/> その他（こども園で実施可能と認めたもの） []	
実施内容・手順 ・どのような時に、 ・どうするか		
緊急時対応 ・どのような時に、 ・どうするのか		
主治医	機 関 名	
	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
緊急時の連絡先	氏名①	続柄（ ）
	電話番号	
	氏名②	続柄（ ）
	電話番号	

様式3号

医療的ケア実施に関する医師の指示書

年 月 日

対象児童	氏名	
	生年月日	年 月 日生

診断名							
健康状態に対する意見							
医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 吸引（ <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引・ <input type="checkbox"/> 口腔内吸引・ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引） <input type="checkbox"/> 経管栄養 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td> <input type="checkbox"/>鼻腔栄養チューブによる注入 <input type="checkbox"/>胃ろう・腸ろうへの注入 </td> <td style="font-size: 2em;">}</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> その他（こども園で実施可能と認めたもの） <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">[</td> <td style="width: 500px;"></td> <td style="font-size: 2em;">]</td> </tr> </table>	{	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養チューブによる注入 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろうへの注入	}	[]
{	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養チューブによる注入 <input type="checkbox"/> 胃ろう・腸ろうへの注入	}					
[]					
期 間	年 月 日 ~ 年 月 日						
実施内容・手順 ・どのような時に ・どうするのか							
緊急時対応 ・どのような時に ・どうするのか							

機 関 名	
住 所	
電 話	
医師氏名	印

様式4号

年 月 日

(医師名) 様

八尾市立 こども園長

主治医訪問について (依頼)

平素は、本市の教育・保育行政にご理解とご協力をいただきありがとうございます。
このたび入園児童の医療的ケア実施の届出が提出されました。

こども園での医療的ケアの実施に関しましては、日ごろよりご高診いただいております主治医のご意見、ご指導のもと実施しております。

つきましては、主治医のご指導を伺いたく、下記のとおり訪問させていただきたく存じます。

ご多用中のところ誠に恐れ入りますが、何とぞよろしく申し上げます。

記

1. 日 時 令和 年 月 日 () 時 分ごろから

2. 訪問予定者 園 長 :
看護師 :
担 任 :

3. 訪問内容

〇〇さんに対する医療的ケア実施方法等

4. 連絡先

八尾市立 こども園

住所 :

電話 : 072 - 000 - 0000

FAX : 072 - 000 - 0000

以上

様式8号

医療的ケア実施に係るヒヤリハット・アクシデント報告書

記録者 ()

報告者情報	名 称	
	こども園長氏名	
	看護師氏名	
	従事者氏名	

発生日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃		
発生場所			
対象者	氏名		生年月日
	病名		
	当日の状況		

実施行為	
発見者	
発生状況	
対応状況	
救命救急処置の実施	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり
発生した背景・要因	
今後の対策	
報告書作成日	年 月 日

様式9号

医療的ケア解除申出書

年 月 日

対象児童	氏名	
	生年月日	年 月 日生

令和 年 月 日をもって、こども園等における医療的ケアの指示を解除します。

機 関 名	
住 所	
電 話	
医師氏名	

上記のとおり医師の判断がありましたので、こども園等における医療的ケアの解除を申し出いたします。

年 月 日

住 所	
電話番号	
保護者氏名①	
保護者氏名②	