

(様式1)

### 聞き取り事項

聞き取り日： 年 月 日

記入者：

聞き取り者名（保護者氏名）：

児童氏名（カナ）	年齢	生年月日
	歳	年 月 日
住所	電話番号：	

疾病名：				
医療的ケア	実施時間（いつ）	頻度（〇分毎等）	一回の所要時間	注意事項
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう				
<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 口腔・鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内				
<input type="checkbox"/> 酸素療法				
<input type="checkbox"/> 導尿				
その他 ( )				

(様式1)

○予想される日常生活における緊急時の対応

予想される緊急時の状態・症状・前兆等(具体的に)	対応・緊急搬送先

○児童への対応

日常的に必要な対応	
してはいけない対応	

(様式2)

医療的ケアに関する主治医の意見書

ふりがな	生年月日	年 月 日 (満〇歳)
児童名	受診状況	<input type="checkbox"/> 受診の状況 ( 月おき) 検査入院 (有・無) 手術予定 (有・無) <input type="checkbox"/> 不定期
診断名 (基礎疾患名)		
アレルギー 有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	アレルゲン ( ) 症 状 ( ) 注意事項 ( )
現在の状況 (症状・治療・状態)		
呼吸の状態	呼吸異常 <input type="checkbox"/> 有 (内容 ) <input type="checkbox"/> 無	
摂食・嚥下の状況	経口摂取の可否 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食形態 ペースト食、半流動食、すりつぶし食、普通食等具体的に記入をお願いします。 ( )	
実施する医療的ケア	<input type="checkbox"/> 吸引 ( <input type="checkbox"/> 鼻腔・口腔内 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内 ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 胃ろう ) <input type="checkbox"/> 人工肛門の排泄物の処理	
医療的ケアの内容	(時間・頻度 等)	

<p>服薬情報 (処方箋を添付)</p>	
<p>集団保育の適否</p>	<p><input type="checkbox"/> 適当      <input type="checkbox"/> 好ましくない (留意事項：  )</p>
<p>保育の制限</p>	<p>年齢別の活動内容は、別紙を参照してください  <input type="checkbox"/> 制限なし：同年齢児童と同じ強度・速度の生活及び運動が可能  <input type="checkbox"/> 制限なし：本児童のペースで、発達に応じた生活及び運動が可能  <input type="checkbox"/> 制限あり（  )</p>
<p>緊急時の対応</p>	<p>(できる限り詳しくご記入をお願いします。)</p>
<p>緊急搬送（医療機関名）</p>	

上記のとおりです。

記入日： 年 月 日

医療機関

住所

電話番号

医師名

印

児童氏名: \_\_\_\_\_

この中の可能な項目にチェックを入れてください。※運動面については、活動可能な項目にチェックを入れてください。

		児童の姿			その他の生活	保育時間
		重度	中度	軽度		
活動内容目安	生活	<input type="checkbox"/> 全介助を受ける (排泄・着脱・清潔)	<input type="checkbox"/> 一部介助を受ける <input type="checkbox"/> 排尿の間隔が決まってくる ( 時間おき) <input type="checkbox"/> 着脱の介助に手足を合わせようとする <input type="checkbox"/> きれい、汚いがわかる	<input type="checkbox"/> 見守り程度の支援を受ける <input type="checkbox"/> 言葉がけにより便器で排尿する <input type="checkbox"/> 簡単な衣服が脱げる <input type="checkbox"/> 手洗い、うがいが自分でできる	<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 身体を拭く <input type="checkbox"/> 裸足で活動	<input type="checkbox"/> 通常保育時間 (8時30分～14時00分) <input type="checkbox"/> 保育時間制限必要有り 1学期 ( 時 分～ 時 分) 2学期 ( 時 分～ 時 分) 3学期 ( 時 分～ 時 分) <input type="checkbox"/> 保育日数制限必要あり (週 日保育) <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 所見有り (以下に記入)
	食事	<input type="checkbox"/> 全介助を受ける <input type="checkbox"/> ペースト食 (家庭持参) <input type="checkbox"/> 横になって摂取する <input type="checkbox"/> 姿勢保持椅子に座る	<input type="checkbox"/> 一部介助を受ける <input type="checkbox"/> 手づかみで食べる <input type="checkbox"/> スプーンやフォーク、箸を使って補助を受けて食べる <input type="checkbox"/> 刻み食 (給食・家庭持参)	<input type="checkbox"/> 見守り程度の支援を受ける <input type="checkbox"/> スプーンやフォーク、箸を使って自分で食べる <input type="checkbox"/> 固形食 (給食) <input type="checkbox"/> 椅子に座って食べる	行事・その他 <u>園外保育について</u> (距離、時間の目安) <input type="checkbox"/> 散歩 <input type="checkbox"/> 徒歩遠足 <input type="checkbox"/> バス遠足 <input type="checkbox"/> 電車遠足 <input type="checkbox"/> 運動会 <u>その他確認したい行事</u> (参加時間の目安) ・ ・ ・ ・ ・ ・	
	言語	<input type="checkbox"/> 反応がわかりにくい <input type="checkbox"/> 相手の声掛けに反応する ( ) <input type="checkbox"/> 感情の表出がある ( )	<input type="checkbox"/> 身振り手振り、表情、声などで要求をあらわす <input type="checkbox"/> 指差しで要求を伝える <input type="checkbox"/> 大人の言っていることがわかる <input type="checkbox"/> 有意語がある ( )	<input type="checkbox"/> 身近な人の名前を言う <input type="checkbox"/> 自分の名前を言う <input type="checkbox"/> してもらいたいことを言葉で言う <input type="checkbox"/> 言葉でやりとりができる		
	運動	<input type="checkbox"/> 寝る <input type="checkbox"/> 這う ( ) <input type="checkbox"/> 座位がとれる <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> リズムに合わせて体の一部を動かす <input type="checkbox"/> どろんこ遊び (程度 ) <input type="checkbox"/> 水遊び (程度 )	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 大人と一緒に固定遊具で遊ぶ (滑り台、ブランコ、鉄棒にぶら下がる等) <input type="checkbox"/> リズムに合わせて体を動かす (CD 1～2 曲分) <input type="checkbox"/> どろんこ遊び ( ) <input type="checkbox"/> 水遊び (程度 )	<input type="checkbox"/> 走る <input type="checkbox"/> 大人の見守りのもと固定遊具で遊ぶ (滑り台、ブランコ、登り棒、鉄棒の前回り等) <input type="checkbox"/> リズム運動遊び <input type="checkbox"/> どろんこ遊び (程度 ) <input type="checkbox"/> プール (程度 ) <input type="checkbox"/> ボール遊び		

★該当する指導区分に○をつけてください

指導区分	A	B	C	D	E
	在宅医療または入院が必要	基本的な生活は可能だが運動は不可	軽い運動に参加可能	中度の運動まで参加可能	強い運動にも参加可能

※「軽い運動」：同年齢の児童にとって、ほとんど息の弾まない程度の運動  
 「中度の運動」：同年齢の児童にとって、少し息が弾むが、苦しくない程度の運動で、身体の強い接触を伴わないもの。  
 「強い運動」：同年齢の児童にとって息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動

(様式3)

年 月 日

多治見市福祉部長

保護者氏名(署名)

### 入園意向書

下記の通り、多治見市立精華小学校附属愛児幼稚園への入園を希望します

記

通所開始時期： 年度から

通所希望児童氏名： 生年月日： 年 月 日

年齢： 歳

■疾病名：

○必要とする医療的ケア

・必要な医療的ケアの項目の□にレ点を付け、( )の該当する項目に○を記入してください。

痰の吸引 ( 口腔 ・ 鼻腔 ・ 気管カニューレ内 )

人工肛門の排泄物の処理

経管栄養 ( 経鼻経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう )

その他医療的ケア

( )

○主治医の情報

病院・医院名

診療科名

住 所 (〒 - )

電話番号

医氏名

(様式4)

年 月 日

園長 様

児童氏名 :  
保護者氏名 :

## 承諾書

医療的ケア支援事業実施決定通知書に基づいた医療的ケアの実施及び裏面の確認事項について、承諾いたします。



(様式4)

## 医療的ケアを実施するにあたっての確認事項

多治見市立精華小学校附属精華愛児幼稚園（以下「精華愛児幼稚園」という。）では、医師が必要と認め、医師による指示・指導の範囲内で医療的ケアを行います。実施する医療的ケアは、児童の安全性を確保するため、発達支援委員会の医療的ケア児判定審査部会が医療的ケアの内容や程度を審議した結果、対応可能な範囲となります。そのため、医療的ケアの範囲、実施する時間及び通園回数は限定されることがあります。

医療的ケアは、精華愛児幼稚園に配置された看護師が主治医の指導を受け、安全性が確認できた場合に実施します。保育士等の職員も医療的ケア児の保育や医療行為に該当しない範囲での看護補助などを行います。

医療的ケアの実施は、医療的ケア児の健康維持に欠かせないものですので、保護者の皆さまにも下記の事項を確認いただいたうえで、御協力をお願いいたします。

- 1 医療的ケアは看護師が行います。
- 2 医療的ケアの実施には主治医の意見書及び指示書が必要です。
- 3 配置されている看護師は、指示書に基づきケアの必要な時間のみ、付き添います。
- 4 医療的ケアを実施できるのは平日（月～金）の午前8時30分から午後14時までです。
- 5 看護師の不在等保育中の医療的ケア実施の体制が取れない場合は、保育の利用ができないことがあります。
- 6 登園の際には児童の体調を把握し、職員や看護師と連絡を取れるようにしてください。
- 7 緊急時を含め、施設から連絡する場合があるため、必ず連絡を取れる体制をお願いします。
- 8 医療的ケアの実施に伴う緊急時の対応について、主治医への協力依頼など連携を図ってください。
- 9 医療的ケアに必要な医療器材や消耗品は、ご家庭でご用意の上ご持参ください。
- 10 必要に応じ病院受診に同行させていただくことがあります。
- 11 医療的ケアの実施内容等に変更がある場合は、速やかに主治医の意見書及び指示書を再提出してください。
- 12 園内で感染症が一定数以上発症した場合の登園の判断は、保護者等の責任で行います。また、精華愛児幼稚園の判断で登園を控える場合があります。
- 13 医療的ケアが必要な児童の状況について、集団保育を実施する上で必要な範囲で、他の児童の保護者との間で共有することがあります。
- 14 上記の他、精華愛児幼稚園との間で取り決めた事項を順守してください。

(様式5)

年 月 日

保護者様 様

福祉部長

### 医療的ケア児支援事業審査結果通知書

保護者様 から 審査を依頼された医療的ケアについて、下記のとおり審査したので通知します。

医療的ケアの実施の可否	可 ・ 否
	理由 (否の場合) :
集団保育の適否	適 ・ 否
	理由 (否の場合) :
医療的ケアの種類	
医療的ケアの実施方法と留意事項	
登園可能日・時間	

(様式6)

# 医療的ケア指示書

医療的ケアは下記の通りです。

指示期間 ( 年 4月 1日 ~ 年 3月 31日)

園名	精華小学校愛児附属幼稚園		入園時の学年	
児童名		男・女	生年月日	年 月 日
主たる疾患名				

※該当の指示内容に☑ (チェック)・数値等を記入してください。

具 体 的 指 示 内 容	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 鼻腔、口腔 吸引圧 ( ~ ) kPa 以下 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ吸引 _____ cm 挿入 <input type="checkbox"/> 経鼻咽頭エアウェイ _____ cm ※注意点など ( )
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管留置カテーテル サイズ ( ) Fr. 挿入の長さ ( ) cm <input type="checkbox"/> 胃ろう サイズ ( ) Fr. 固定液の量 ( ) ml <input type="checkbox"/> 腸ろう サイズ ( ) Fr. 固定液の量 ( ) ml
	<input type="checkbox"/> 栄養剤注入	栄養剤の種類 ( ) 実施時間 昼食時 その他の時間 ( ) 注入方法 例) エネーボ全量●mlをシリンジで1回●ml～●ml注入。 ●分～●分間隔を開けて、●回注入。 例) ラコール全量●mlをイルリガートルで注入。●分～●分で注入。
	<input type="checkbox"/> その他	[ 前吸引確認 ( 要 ・ 不要 ) 胃残量に伴う注入量等 例) 胃残量が●ml未満で全量注入。 ●ml～●ml以上で差額注入。 ●ml以上で栄養注入中止。 ] [ 中止時の対応 ( ) 水分注入 内容 ( ) 量 ( ) 注入方法・時間 ( ) 前吸引確認 ( 要 ・ 不要 ) 胃残量に伴う注入量等 ]
<input type="checkbox"/> 緊急時の対応	カテーテル・胃ろう抜去時の対応について  その他の緊急時の対応・搬送方法・搬送先について	

記入日 年 月 日

医療機関名  
(住所・電話番号)  
医師名

印

(様式6-1)

## 投薬指示書（日常用）

園長 様

児童氏名：

保護者氏名：

以下の薬を保護者に代わり、多治見市立精華小学校附属愛児幼稚園在籍の看護師が服薬させることを指示します。

薬の名前	時間	1回量	服用方法	保管方法
<使用時の留意事項>				

※園にいる時に投薬する内服薬のみ記載

※処方箋の添付でも可とする。

記入日  
医療機関名  
(住所・電話番号)  
医師名

年 月 日

印

(様式6-1)

## 投薬指示書（非常時用）

園長 様

児童氏名：

保護者氏名：

以下の薬を保護者に代わり、多治見市立精華小学校附属愛児幼稚園在籍の看護師が服薬させることを指示します。

薬の名前	時間	1回量	服用方法	保管方法
<使用時の留意事項>				

※処方箋の添付でも可とする。

記入日 年 月 日  
医療機関名  
(住所・電話番号)  
医師名 印

(様式7)

## 医療的ケア内容変更指示書

児童生徒名		生年月日	
病名			

### ■指示事項

- ・必要な項目にチェックしてください。
- ・変更・追加内容は、下記枠内に具体的にご記入ください。

病状、治療および投薬状況 留意事項、応急処置について	医療的ケア指示事項	受診日・実施期間 医療機関・医師名
<input type="checkbox"/> 追加・変更事項あり	<input type="checkbox"/> 追加・変更事項あり	受診日 令和 年 月 日  医療機関名  電話番号  医師  ⑩
<input type="checkbox"/> 追加・変更事項あり	<input type="checkbox"/> 追加・変更事項あり	受診日 令和 年 月 日  医療機関名  電話番号  医師  ⑩
<input type="checkbox"/> 追加・変更事項あり	<input type="checkbox"/> 追加・変更事項あり	受診日 令和 年 月 日  医療機関名  電話番号  医師  ⑩

(様式8)

医療的ケア日誌 (週報)

児童氏名： \_\_\_\_\_

医療的ケアの種類： \_\_\_\_\_

年 月 日 ( )			記入者：		
家庭での様子 (保護者記入)			園での様子 (看護師記入)		
体温：	脈拍：	SPO <sup>2</sup> ：	体温：	脈拍：	SPO <sup>2</sup> ：
朝食[ : ]の様子 (量、経管・経口摂食など)			昼食[ : ]の様子 (量、経管・経口摂食など)		
水分摂取量[ ]			水分摂取量[ ]		
排便[ ] (良便・軟便・水様便) ____回			排便[ ] (良便・軟便・水様便) ____回		
【留意事項】			【留意事項】		

年 月 日 ( )			記入者：		
家庭での様子 (保護者記入)			園での様子 (看護師記入)		
体温：	脈拍：	SPO <sup>2</sup> ：	体温：	脈拍：	SPO <sup>2</sup> ：
朝食[ : ]の様子 (量、経管・経口摂食など)			昼食[ : ]の様子 (量、経管・経口摂食など)		
水分摂取量[ ]			水分摂取量[ ]		
排便[ ] (良便・軟便・水様便) ____回			排便[ ] (良便・軟便・水様便) ____回		
【留意事項】			【留意事項】		

年 月 日 ( )			記入者：		
家庭での様子 (保護者記入)			園での様子 (看護師記入)		
体温：	脈拍：	SPO <sup>2</sup> ：	体温：	脈拍：	SPO <sup>2</sup> ：
朝食[ : ]の様子 (量、経管・経口摂食など)			昼食[ : ]の様子 (量、経管・経口摂食など)		
水分摂取量[ ]			水分摂取量[ ]		
排便[ ] (良便・軟便・水様便) ____回			排便[ ] (良便・軟便・水様便) ____回		
【留意事項】			【留意事項】		

(様式 8)

医療的ケア日誌 (週報)

年 月 日 ( )			記入者:		
家庭での様子 (保護者記入)			園での様子 (看護師記入)		
体温:	脈拍:	SPO <sup>2</sup> :	体温:	脈拍:	SPO <sup>2</sup> :
朝食[ : ]の様子 (量、経管・経口摂食など)			昼食[ : ]の様子 (量、経管・経口摂食など)		
水分摂取量[ ]			水分摂取量[ ]		
排便[ ] (良便・軟便・水様便) ____回			排便[ ] (良便・軟便・水様便) ____回		
【留意事項】			【留意事項】		

年 月 日 ( )			記入者:		
家庭での様子 (保護者記入)			園での様子 (看護師記入)		
体温:	脈拍:	SPO <sup>2</sup> :	体温:	脈拍:	SPO <sup>2</sup> :
朝食[ : ]の様子 (量、経管・経口摂食など)			昼食[ : ]の様子 (量、経管・経口摂食など)		
水分摂取量[ ]			水分摂取量[ ]		
排便[ ] (良便・軟便・水様便) ____回			排便[ ] (良便・軟便・水様便) ____回		
【留意事項】			【留意事項】		

※保護者様へ 確認欄への押印後、園へ提出願います。	
保護者確認欄	園長確認欄

※週最後の通園後に押印











