医療的ケア実施申込書

和光市長 様

保護者氏名 _____

電話番号 _____

※日中連絡の取れる電話番号

以下の児童について、保育所での医療的ケア実施を申し込みます。なお、受入れの検討を行う際、保育の実施に必要な範囲で、子どもあんしん部、福祉部又は児童が就学を予定している学校と情報共有が行われることに同意します。

1 対象児童

(フリガナ) 児童氏名	性別	生年月日	年齢
()		年 月 日	歳
現住所	和光市		

2 保育所での実施を申し込む医療的ケアの内容及び方法

医療的ケアの内容 (該当するケアの内容に○をつけてください。)	医療的ケアの実施方法
たんの吸引 口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内	
経管栄養 経鼻経管・胃ろう・腸ろう	
酸素吸入	
導尿	
その他 ()	

3 生育歴 (該当する項目に☑ (チェック)、又はご記入ください)

発 育	身体発育の課題	☐ なし ☐ あり ()				
	健康面の課題	☐ なし ☐ あり ()				
	現在の投薬	☐ なし ☐ あり ()				
日 常 生 活	食 事	食具使用、姿勢	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 概ね自立 ☐ 自立			
		食欲、偏食等	()			
	排 泄	排尿	☐ 感覚未・有 ☐ オムツ ☐ 誘導 ☐ 自立			
		排便	☐ 感覚未・有 ☐ オムツ ☐ 誘導 ☐ 自立			
	着 脱	脱衣	☐ 全介助 ☐ 部分介助 ☐ 概ね自立 ☐ 自立			
		着衣	☐ 全介助 ☐ 部分介助 ☐ 概ね自立 ☐ 自立			
	睡 眠	睡眠リズム	時から 時頃	昼寝	☐ なし ☐ あり	寝つき ☐ よい ☐ 悪い
	言 語	ことばの表出と理解				
		☐ 身振り・発声 ☐ 単語 個くらい ☐ 2語文で話す ☐ 会話 ☐ 名前を呼ばれると手を上げるか、返事をする ☐ 「～はどれ」と聞くと、答えるか指す ☐ 人や視線の先に注目 ☐ 禁止や簡単な指示がわかり、実行する ☐ やりとりできる				
	運 動	身体と手先の運動発達				
☐ 医師から運動を制限されていない ☐ 特別な配慮を要する ☐ 寝返り ☐ はいはい ☐ 歩行 ☐ ジャンプ ☐ 階段昇降できる ☐ リズムに合わせて体を揺らす ☐ クレヨンで絵やなぐり書きをする ☐ ボタンを留める						
性 格	性格や行動の特徴 ☐ パターンの言葉や独特な行動が見られる ☐ 危険なことがわからず、注意を要する ☐ 大きな音や感触など、苦手なものがある ☐ じっとするのが苦手、動き回る					