医療的ケア児の支援に係る窓口相談シート兼同意書

１

渋川市

窓口相談

２

入園希望施設」現地確認

３

入園に向けた

関係者協議

４

施設環境の整備

及び人員の配置

５

利用申請

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日(　 　年４月１日現在　　歳) |
| 障害者手帳 | □　身体障害者手帳　　　□　療育手帳　　　□　精神障害者保健福祉手帳 |
| 住所 |  |
| 日中に連絡がとれる電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　続柄： | 　　　　　　　　　　　　続柄： |
| 　　　　　　　　　　　　　続柄： | 　　　　　　　　　　　　続柄： |
| 入園希望施設 | 第１希望 | 第２希望 |
| 利用希望期間 | 年　　月　　日　から　　　　　　年　　月　　日　まで |
| 利用希望時間 | 平日（ 　：　 ～　 ：　 ）　土曜　□必要（　 ：　 ～　 ：　 ）　 □不要 |
| 障害児通所支援事業所等の利用状況 |  |
| 同居家族 | 氏　名 | 続柄 | 生年月日 | 勤務先、学校名等 |
|  |  | 　・　　・ |  |
|  |  | 　・　　・ |  |
|  |  | 　・　　・ |  |
|  |  | 　・　　・ |  |
| 　渋川市教育・保育施設における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、主治医の確認を得ていますか。　　主治医氏名　　　　　　　　　　　医療機関　　　　　　　　　１　主治医が、対象児童が渋川市教育・保育施設において教育・保育及び医療的ケアを受けること　が可能であると判断すること　　　　　　　　　　　　　　□はい　　□いいえ　　□未確認２　主治医が、医療的ケアの手技を医療的ケア児施設専任看護師に指導すること　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　　□いいえ　　□未確認 |
| 　渋川市教育・保育施設における対象児童の支援の実施にあたり、以下の実施要件について、同意しますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１　病状や医療的ケアに関する情報（主治医の意見や健康状態の変化等）を渋川市教育・保育施設　と十分に共有すること　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　　□いいえ２　医療的ケアに必要な機材、器具及び衛生用品等を不足のないように毎日持参し持ち帰り、準備、　点検及び整備を行うこと　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　　□いいえ３　渋川市教育・保育施設において教育・保育及び医療的ケアを実施するにあたり、物品の借用、　費用の負担及び付き添い（特に入園後当面の間）をお願いすることがあること　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　　□いいえ４　医療的ケア児施設専任看護師が都合により休暇のときは家庭での保育をお願いすることがあること　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□はい　　□いいえ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象児童の状態 | 姿勢 | □　自立□　介助や支えが必要（普段よくしている姿勢　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保護者から見た様子 |
| 食事 | □　経口 | □　自立　　　□　一部介助　　　□　全介助 |
| □　普通食　　　□　軟食　　　□　きざみ食　　　□ミキサー食□　流動食　　　□　その他（　 　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保護者から見た様子 |
| 理解 | □　言語理解可（理解の程度　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　言語理解不可 |
| 保護者から見た様子 |
| 服薬 | □有　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| 保護者の意見 |
| その他の薬 | □有　（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□無 |
| 保護者の意見 |
| 呼吸 | □　自立□　配慮が必要（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保護者から見た様子 |
| 排尿 | □　自立□　配慮が必要（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保護者から見た様子 |
| 排便 | □　自立□　配慮が必要（内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保護者から見た様子 |
| アレルギー | □　有□　無 |
| 保護者の意見 |
| 対象児童の状態 | その他必要な配慮 |  |
| 医療的ケアの種別・方法 | 医療的ケアの種別 | □　喀痰吸引（　□　口腔　　　□　鼻腔　　　□　気管カニューレ内　）□　ネブライザー吸入　　　　　□　酸素吸入□　血糖測定　　　　　　　　　□　インスリン皮下注射□　導尿　　　　　　　　　　　□　人工肛門　□　コンタクトレンズ装着□　経管栄養（　□　鼻腔　　　□　胃ろう　　□　腸ろう　　）□　その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療的ケアの方法 |  |
| 使用する機材等について電源　　□　必要　　□　不要　　　　　　バッテリー　　□　有　　□　無 |

|  |  |
| --- | --- |
| 入園希望施設現地確認の希望日時 | 　　年　　月　　日（　　）　　　午前　・　午後 |

|  |  |
| --- | --- |
| その他確認しておきたいこと |  |

渋川市長　様

　私は、渋川市教育・保育施設における医療的ケア児の支援の実施に関わる者が対象児童に関する個人情報を共有することに同意します。

　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　保護者（署名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　保護者（署名）