様式第１号

医療的ケア実施申込書

１　医療的ケアの実施を申込みする児童

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込み児童名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日　　歳 |
| 現住所 |  |
| 第１緊急連絡先 |  | 第２緊急連絡先 |  |
| 予防注射接種状況（母子手帳添付可） |  |
| 現在利用しているサービス | 事業所名　　　　　　　　　　　利用回数（週）□　　　　　　　　　　　　　□□　　　　　　　　　　　　　□ |

２　保育所等で必要となる医療的ケアの内容及び方法

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの内容あてはまるものを〇で囲ってください。 | 医療的ケアの方法 |
| 経管栄養経鼻・胃ろう |  |
| 喀痰吸引口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部 |  |
| 導尿 |  |
| 酸素吸入 |  |
| その他 |  |

３　主治医意見書（様式第２号）

　矢巾町長　様

　上記の医療的ケアについて、保育所等での実施を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者署名

様式第２号

主治医意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 男・女　（　 　年　　月　　日生）　　歳　 か月 |
| 住所 |  |
| 診断名 |  |
| 主症状 |  |
| 既往歴 |  |
| 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考になること | 身長（　　　 cm） 体重（　　 kg） |
| 今後の方針 |  |
| 服薬状況（処方箋添付） |  |
| アレルギー |  |
| けいれんの既往 |  |
| 医療的ケアの項目 | □喀痰吸引（口腔・鼻腔）　吸引カテーテル　　Fr cm□経管栄養　□経鼻胃管　　Fr cm（水分　　　栄養剤　　　）□胃ろう　　　Fr　 　cm（水分　　　栄養剤　　　）□導尿　　（ 　　　）時間毎カテーテルの種類（　　　　　　　　）サイズ（　　　）Fr□その他（　　　　　　　　　　　　 　　　） |
| 予想される緊急時の状況及び対応 | 注意が必要な状態と対応（緊急搬送の目安等） |
| 保育施設生活上の注意・配慮事項 | 施設外保育　□ 可（注意事項　　　　　　　　）□ 不可プール遊び　□ 可（注意事項　　　　　　　　）□ 不可その他 |
| 日常生活の配慮 | 項目 | 内容 |
| 食事 |  |
| 排泄 |  |
| 移動 |  |
| 集団保育の中での生活 | □望ましい　　（理由：　　　　　　　　　　　 　　　）□望ましくない（理由：　　　　　　　　　　　　 　　） |
| その他 |  |
| 記入日　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関住所　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

様式第３号

「医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書」

|  |  |
| --- | --- |
| ➀ | 「第５　保護者への説明事項」の内容を理解し、全て了承します。 |
| ➁ | 止むを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合には、保護者等が付き添います。また、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ることを了承します。 |
| ➂ | 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、実施園の判断で登園を控えてもらう場合があることを了承します。 |
| ➃ | 実施園が必要と認める場合、保護者等の費用負担で主治医等を受診することを了承します。 |
| ➄ | 児童の症状に急変が生じ、緊急事態と実施園が判断した場合やその他必要な場合には、保護者等へ連絡する前に児童を医療機関に搬送し、受診又は治療が行われることがあります。なお、それに伴い生じた費用は保護者等の負担になることを了承します。 |
| ➅ | 栄養チューブの交換は、保護者等が、自己の責任の下、自宅や受診時に行います。 |
| ➆ | 災害時対策として、１日分の薬と食事（栄養剤）を登園時に持参します。 |
| ➇ | 児童の病態の変化等により、町が規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要になった場合は、原則として退園となることを了承します。 |
| ➈ | 保育所等の人員、施設又は設備の状況により、当該実施園への入所ができなくなる場合があることを了承します。 |
| ➉ | 主治医からの主治医意見書、医療的ケア指示書の内容を必要に応じて医療機関及び盛岡地区広域消防組合に情報提供することを了承します。 |
| ⑪ | 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場合があることを了承します。 |
| ⑫ | ➀から⑪のほか、保育園との間で取り決めた事項を順守します。 |

矢巾町長　様

確認事項について、全て同意の上で申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者署名

様式第４号

医療的ケア指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。

指示機関：　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日（１年以内）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象児童氏名 |  | 生年月日　　　年　　月　　日　　歳 |
| 主たる疾患名 |  |
| アレルギー |  |
| 禁忌薬 |  |
| ※該当の指示内容に☑（チェック）・数値等を記入してください。 |
| 実施行為の種類 | □口腔内の喀痰吸引　　□鼻腔内の喀痰吸引 　　□気管カニューレ内部の喀痰吸引□経管栄養（経鼻胃管）□胃ろうによる経管栄養 □腸ろうによる経管栄養 |
| 具体的指示内容 | □喀痰吸引 | □鼻、口からの吸引吸引カテーテルのサイズ（　　　）Fr. 吸引圧（　　　）kPa程度まで鼻からの挿入の長さ（　　 　）cm　口からの挿入の長さ（　　　）cm注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕※持続吸引について　吸引カテーテルのサイズ（　　　　）Fr. 吸引圧（　　）kPa部位　（□　鼻　□　口）　挿入の長さ（　　）cm 注意点など〔　　　　　　　　　　〕□気管カニューレからの吸引（または気管内吸引）吸引カテーテルのサイズ（　　　）Fr.カニューレ入口からの挿入の長さ（ 　 ）cm吸引圧　カニューレ内（　　　）kPa程度まで注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕□経鼻エアウェイからの吸引　吸引カテーテルのサイズ（ ）Fr.吸引圧（　　　）kPa程度まで　エアウェイからの吸引カテーテル挿入長さ（　　　）cm注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □経管栄養 | 種類　□鼻腔留置チューブ　サイズ（　　　）Fr. 挿入長さ（　　　）cm □ 胃ろう　□ 腸ろう |
| □栄養剤注入実施時間（　　：　　）　（　　：　　）内容（　　　　　　）1回量（　　　）ml　注入時間（　　）分程度□胃残量が（　　　）ml未満のときは　そのまま予定量を注入する□胃残量が（　　）ml以上（　　）ml未満の時（　　）□胃残量が（　　）ml以上のとき（　　）□胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（　　　　　　　　）□その他、胃残の性状に異常がある場合の対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□水分注入実施時間（　　：　　）　（　　：　　）内容（　　　　　　）1回量（　　　）ml　注入時間（　　）分程度□胃残量が（　　　）ml未満のときは　そのまま予定量を注入する□胃残量が（　　）ml以上（　　）ml未満の時（　　）□胃残量が（　　）ml以上のとき（　　）□胃残の色に異常がある（褐色・黄色・緑色）場合は（　　　　　　　）□その他、胃残の性状に異常がある場合の対応（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□薬剤注入　実施時間（　　：　　）　注意点など〔　　　　　　　　　　　　　〕□胃からの脱気脱気のタイミング　□注入前　□注入中　□注入後　□その他　（　　：　　）　（　　：　　） |
| 実施行為の種類 | □気管切開部の衛生管理　□胃ろう・腸ろう部の衛生管理□経鼻エアウェイの管理　□導尿　□薬液吸入□日常的酸素管理　□呼吸補助装置の管理□人工呼吸器の作動状況の確認及び緊急時の連絡等□血糖値測定とその後の処理 |
| 具体的指示内容 | □気管切開部の衛生管理 | □単純気管切開　□咽頭気管分離　□その他（　　　　）□肉芽について □ 有 □ 無□カニューレの種類（　　）内径（　　）mm入口から先端までの長さ（　　）cmカニューレ抜去時や、気管切開部・気管内出血への対応など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □胃ろう・腸ろう部の衛生管理 | ➀ボタン・チューブの種類（　　）サイズ（　　）Fr.（　　）cm　挿入バルンの水の量（　　）ml　Yガーゼ　□ 有 □ 無➀ボタン・チューブの種類（　　）サイズ（　　）Fr.（　　）cm　挿入バルンの水の量（　　）ml　Yガーゼ　□ 有 □ 無チューブ抜去時の対応など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □経鼻エアウェイ | □挿入・抜去 | 挿入長さ（　　　）cmエアウェイの種類（　　　　）内径（　　）mm注意点など〔　　　　　　　　　　　〕 |
| □管理 | 注意点など〔　　　　　　　　　　　〕 |
| □導尿 | 実施時間　　（　　：　　）（　　：　　）（　　：　　）カテーテルの種類（　　　）サイズ（　　）Fr. 尿道に挿入する長さ（　　　）cm用手圧迫　（□ 可 □ 不可 ）その場合の圧迫の強さの程度　□ 強 □ 中 □ 弱注意点など〔 〕 |
| □定時の薬液吸入 | 実施時間（　　：　　）（　　：　　）吸入薬内容／量　（　　）を（　　）ml 　　（　　）を（　　）ml注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □日常的酸素管理 | 経路 □気管切開部 □鼻カヌラ □マスク酸素流量（　　　）L／分　SPO2（　　）%以下の場合（　　　）L/分SPO2（　　）%以下の場合（　　　）L/分注意点など〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □呼吸補助装置の管理□人工呼吸器の作動状況の確認及び緊急時の連絡等 | 自発呼吸（□ 有 □ 無）普段の装着時間 □24時間 □定時（　　：　　）～（　　：　　） |
| 使用機種 |  | 呼気圧 | cmH20 |
| 換気様式 | □従量式□従圧式 | PEEP | cmH20 |
| 呼吸モード | □CPAP □IMV □SIMV □ASSIST□BiPAP（□Sモード □S/Tモード □Tモード）□その他（　　　　　　　） |
| トリガー感度 | cmH20・（　　　） | 最高気道内圧 | cmH20 |
| O2流量・FiO2 | L/分　　　％ | 最低気道内圧 | cmH20 |
| 吸気流量 | L/分 | 最大分時換気量 | L/分 |
| 吸気時間 | 　　　　秒 | 最小分時換気量 | L/分 |
| 吸気呼気比 | 　　： | 吸気圧低下アラーム | cmH20 |
| 呼吸回数 | 回/分 | 酸素併用 | □有（　L/分）□ 無 |
| 吸気圧 | cmH20hPa | 加温・加湿器 | □有（　 ℃）（　　ダイアル）□無 |
| 1回換気量 | ml | オート機能 * 有 □ 無
 |
| 本人の状態及び呼吸器の作動状況においての注意点、起こりやすいトラブルと対処方法〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| □血糖値測定等 | 測定時間（　　：　　）　（　　：　　）対処方法　詳細は別添にて指示 |
| * 別紙あり
 |

矢巾町長　様

　　　年　　月　　日

医療機関名 医師名

様式第５号

年　　　月　　　日

保護者氏名　　　　　　　　　　　　様

矢巾町長

医療的ケア実施通知書

申込みのありました医療的ケアについて、下記のとおり実施します。

　実施にあたり、下記の留意事項等をご確認いただき、実施園で安全で楽しい生活がおくれますようご協力をお願いいたします。

記

１　児童名　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　年　　　月　　　日生

性別　男・女　　年齢　　　歳

２　実施園名

３　実施する医療的ケアの内容

|  |  |
| --- | --- |
| 医療的ケアの項目 | 実施する内容 |
|  |  |
|  |  |

４　医療的ケア開始日　　　　　　　年　　月　　日

５　緊急時の対応

（１）緊急事態発生時は、主治医の指示内容の下に、連携する病院に連絡を行い、必要な措置を講じます。同時に保護者等に連絡します。

（２）保護者は、常に連絡が取れる体制を整え対応をお願いいたします。

６　留意事項

（１）定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を実施園にご連絡ください。

（２）町の要請に応じて、主治医の意見書、指示書をご提出ください。

（３）登園時、児童の健康状態について担任、看護師等に連絡し、当日の医療的ケアの内容について確認し合ってください。

（４）医療的ケアの実施に必要な用具、医療機器等の点検及び消耗品の補充をお願いします。

（５）使用後の物品については、ご家庭に持ち帰り処分をお願いします。

（６）実施園が必要と判断する場合は、看護師とともに医療的ケアの実施をお願いします。

（７）災害時に備え、内服薬等は必要数を毎日ご持参ください。

様式第６号

医療的ケア終了届

このことについて、実施園での医療的ケアが必要なくなりましたので、届け出ます。

１　対象児童

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 児童氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日　　　歳 |
| 現住所 |  |
| 電話番号（携帯電話） |  |

２　主治医意見書（様式第２号）

矢巾町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者署名