

保育園における医療的ケアの実施に係る相談票

1 園児について

園児氏名		性別	
生年月日		年齢	歳
住 所			
電話番号			
そ の 他	(1) 障害者手帳の有無 ☐ 無 ☐ 有(種別: 等級: 級) (2) 保育施設、障害児通所サービス等の利用経験 ☐ 無 ☐ 有(施設名等:) (時期: 歳 か月 ~ 歳 か月)		

2 必要とする医療的ケア

医療的ケアの内容		保育所で実施を希望する回数・時間等
喀痰吸引	☐ 口腔内 ☐ 鼻腔内 ☐ 気管カニューレ内部	
経管栄養	☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう	
☐ 導尿		
☐ その他()		

上記の医療的ケアについて、保育所での実施を希望します。

記入日 : 年 月 日

保護者氏名: