医療的ケア児保育所等利用事前相談票（相談日　 年 月 日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 市 |  | 課 | | 相談担当者 | | |  |
| 相談回数 | | 〇をつけてください  　初回 ・ 継続（ ） | | | | | | |
| 相談者氏名 | | ふりがな  氏名 | | | 連絡先 | | |  |
| 児との関係 | | |  |
| 利用希望児  氏名 | | ふりがな  氏名 | | | 生年月日  年齢 | | | H・R　　年　　月　　日  　　　　　　　　　歳 |
| 住所 | | 〒 | | | | | | |
| 利用希望時期 | | 年　　　月 | | 希望クラス | | | 歳児クラス | |
| 利用希望理由  ✓をつけて  ください | | 父〔氏名　　　　　　　　　〕 | | | | 母〔氏名　　　　　　　　　〕 | | |
| □就労　　　　　　　　　□病気・けが  □障害　　□介護・看護　□災害の復旧  □求職中　□通学　　　　□そのほか  □育休中の利用継続 | | | | □就労　　　　　　　　　□病気・けが  □障害　　□介護・看護　□災害の復旧  □求職中　□通学　　　　□そのほか  　□育休中の利用継続 | | |
| 利用希望時間 | | 通勤時間を含める  　　　登園時間（　　：　　）　～　降園時間（　　　：　　　） | | | | | | |
| 利用希望園 | | 第１希望 | | | | 第４希望 | | |
| 第２希望 | | | | 第５希望 | | |
| 第３希望 | | | | 第６希望 | | |
| 見学希望日時 | |  | | | | | | 園との調整 |
| その他 | |  | | | | | | |

特記事項

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 該当する医療的ケア等に〇をつけてください | | | |
| 経管栄養  （経鼻・胃ろう・腸ろう） |  | 口から食べている |  | 鼻からチューブで入れる |
|  | おなかからチューブで入れる |  | 首の近くから点滴 |
|  | その他 | | |
| 吸引  （口腔・鼻腔内・気管切開  ・気管カニューレ内）  」 |  | 喉にチューブがついている |  | 人工呼吸器を使っている |
|  | 管やマスクで酸素を吸っている |  | 痰を器械でとる |
|  | その他 | | |
| 導尿 |  | 管を入れて尿を出す |  | オムツを使用 |
|  | その他 | | |
| 血糖管理 |  | 器械を使って血糖値を測る |  | 毎日注射をしている |
|  | 毎日薬を飲ませている |  |  |
| 酸素療法 |  | 酸素カヌラを使用している |  | 酸素マスクを使用している |
| その他 |  |  | | |
| アレルギーの有無 | □無　　□有　⇒内容 | | | |