

様式集

様式一覧■

※手続きの流れが分かりやすいよう、使用順に並べています。

様式番号	様式名（入所決定前）	提出先等
様式 1	医療的ケアの必要な子どもの入所を希望する保護者のみなさまへ	保護者⇒保育所（園）等
様式 2	医療的ケア利用申込書兼同意書	保護者⇒保育所（園）等
様式 3	対象児童用主治医意見書	主治医⇒保護者⇒市
様式 4	医療的ケアに係る調査票	保護者⇒市
様式番号	様式名（入所決定後）	提出先等
様式 5	【医療的ケア】受入れに関する確認書	保育所（園）等⇔保護者
様式 6	医療的ケア実施に関する医師の指示書	主治医⇒保護者⇒保育所（園）等
様式 7	医療的ケア実施届出書	保護者⇒保育所（園）等
様式 8	医療的ケア実施に係る同意書	保育所（園）等⇔保護者
様式 9	医療的ケア実施状況報告書	保育所（園）等⇒主治医
様式 10	進級等に伴う医療的ケア実施の再確認について（お願い）	保育所（園）等⇔保護者
様式 11	保育所（園）等における医療的ケアおよび健康上の配慮が必要な子どもの保育についての確認書	保護者、主治医、関係課、保育所（園）等職員が連携を取り、対象児の健康管理と保育体制・通所・保育時間・緊急時の対応等について検討のうえ、その内容について保護者と保育所との間で交わす

手続きの流れ■（医療的ケアに係る書類の流れのみ。保育所（園）等の利用申請には別途書類が必要です。）

①申請必要書類の入手

- ・ 保育幼稚園入園課窓口、施設見学時または市ホームページからのダウンロードにより、様式 1～4 を入手してください。

②申請必要書類の提出

- ・ 施設見学時に様式 1、2 をご提出ください。
- ・ 事前予約による保育幼稚園入園課窓口での面談時に、様式 3、4 をご提出ください。

③入所決定後の手続き

- ・ 様式 5～8 を、入所決定した保育所（園）等へご提出ください。

④進級時の手続き

- ・ 様式 10 を、入所している保育所（園）等へご提出ください。

医療的ケアの必要な子どもの入所を希望する保護者のみなさまへ

児童名				
生年月日	平成・令和	年	月	日生まれ

保育施設の利用を希望される際に、次の内容をご確認いただき、チェック欄に「レ」などのご記入をお願いします。「2. 医療的ケアの内容」については、該当するものにチェックをお願いします。

1. 受入れにあたっての要件確認 チェック欄
- (1) 保護者及び対象児童が枚方市民であること
 - (2) 保育の必要性があり、医療機関との相談の中で集団保育が可能であると確認されていること
 - (3) 病状や健康状態が安定しており、保護者が自宅で行っている医療的ケアが確立していること
 - (4) 病状や医療的ケアに関する情報を保護者と保育所(園)等で十分に共有できること
 - (5) 必要に応じて同行受診や面談等で、主治医との連携を図り、指導を受けられること
 - (6) 施設見学を行っていること

※申し込みの日までに全ての項目にチェックが入らなければ、申し込みができません。

2. 医療的ケアの内容

(ただし、子どもさんの状況や施設の状況によっては、対応できないケースもあります)

- ① 導尿(導尿、自己導尿の自立に向けての指導・管理)
- ② 吸引(鼻腔内・口腔内吸引、気管カニューレ内の吸引)
- ③ 経管栄養(鼻腔栄養チューブによる注入、胃ろう・腸ろうへの注入)
- ④ 人工肛門の管理(ストマパウチの貼り替え等)
- ⑤ その他(保育所(園)等及び主治医等がともに対応可能と認めたものに限る)

具体的にご記入ください

※医療的ケアの実施体制が取れない場合は、保護者に協力を依頼することがあります。
 ※対象児童の症状や職員体制により、希望する時間の保育ができない場合があります。

3. 入所決定前の必要書類

様式 1 医療的ケアの必要な子どもの入所を希望する保護者のみなさまへ

…施設見学時にご提出ください。(複写し、原本を施設保管)

様式 2 医療的ケア利用申込書兼同意書…施設見学時にご提出ください。(複写し、原本を施設保管)

様式 3 対象児童用主治医意見書 …後日、面談日にご提出ください(意見書の発行は有料となります。詳細は、かかりつけ医等にお問合せください)。

様式 4 医療的ケアに係る調査票 …後日、面談日にご提出ください。

今後は詳細をお伺いしながら、受入れの可否を検討させていただきます。よろしくをお願いします。

様式 2

(保護者⇒保育所(園)等)
【施設見学時に保護者が提出】

医療的ケア利用申込書兼同意書

児 童 名	性 別	生 年 月 日
	男・女	平成・令和 年 月 日
住 所		
電話番号 (日中の連絡先)	() -	父・母・その他 () 自宅・携帯・職場 (名称:)
希望施設名		

1. 保育所(園)等に依頼する医療的ケアの内容

依頼する項目に☑をつけ、該当するケアに○または記入をしてください	
<input type="checkbox"/>	導尿 (自己導尿に向けた指導、管理 ・ 一部介助 ・ 全面介助)
<input type="checkbox"/>	吸引 (口腔内 ・ 鼻腔内 ・ 気管カニューレ内)
<input type="checkbox"/>	経管栄養 (経鼻経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう)
<input type="checkbox"/>	人工肛門の管理
<input type="checkbox"/>	その他 (具体的に)

枚方市長

上記の医療的ケアについて、保育所(園)等での利用を申し込みます。

なお、以下の内容について同意します。

- ・医療的ケアを受けるにあたり、「枚方市保育所(園)等における医療的ケアが必要な子どもの受入れに関するガイドライン」を遵守します。
- ・受入れ検討を行う際、必要書類等の複写を行い、各関係機関間で情報共有が行われることに同意します。

記入日：令和 年 月 日

保護者名：

(あて先) 枚方市

対象児童用主治医意見書

児童名			
生年月日	平成・令和	年	月 日 生まれ

乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設では、子ども同士が濃厚に接触する機会が多いため、飛沫感染や接触感染が生じやすく感染症にかかりやすい環境にあります。また、安全に見守ってはいますが、ぶつかったり転んだり等けがをする場合もあります。裏面の「保育所(園)等での主な1日の生活」を参考にご意見をお聞かせください。

※この意見書は、入所内定保育施設、囑託医に情報提供させていただきます。

1. 【児童の健康状態】

診断名	
治療状況、今後の治療方針をご記入ください	
投薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬品名

2. 【医療的ケアについて】

医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養チューブによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門の衛生管理 <input type="checkbox"/> その他 ()
	実施内容
	緊急時対応

3. 【個別配慮について】

集団生活において制限はありますか	<input type="checkbox"/> なし <u>制限がある場合、必要な制限の内容(具体的な行動・活動)を記入してください</u> <input type="checkbox"/> あり
集団保育を受ける上で、どのような配慮が必要ですか	<input type="checkbox"/> なし <u>配慮が必要な場合、具体的な配慮の内容(集団での室内外の活動・睡眠・食事・排泄・感染症等)を記入してください</u> <input type="checkbox"/> あり

令和 年 月 日

医療機関

医師名

印

「保育所(園)等での主な1日の生活」

			11:00~	12:00~			
	9:00	9:30	10:00	11:15	12:15	15:00	16:00
乳児 (0.1.2歳)	登所 (あそび)	おやつ	あそび (活動・ 行事等)	給食	お昼寝		おやつ
幼児 (3.4.5歳)			あそび (活動・行事等)		給食	お昼寝	
	9:00	9:30	11:30				16:00

※保育所(園)等では、厚生労働省「保育所保育指針」に基づき、一人ひとり、また、集団の子どもの育ちと、その過程を見据え教育・保育を進めていくことを大切にしています。

☆主なあそび「活動・行事など」(活動強度は、目安です。)

	保育士の 配置基準	軽い活動	中程度の活動	強い活動
保育所(園)等における生活の主な年齢別活動内容	0歳児 子ども3人 に対し概ね 保育士1人	・はいはいで移動する ・すべり台を大人に させてもらう ・手指を使った遊び	・コンビカーを押して歩く ・走っていき、マットの山を よじ登る	・たかいたかい ・水遊びをする ・布にのせてゆさぶられる
	1歳児 子ども5人 に対し概ね 保育士1人	・砂遊び ・室内遊び ・室内用すべり台を 滑る	・散歩(往復20分程度) ・2階程度の階段の昇り降り ・すべり台を滑る ・コンビカーに乗る ・リズムに合わせて身体を動かす	・歩道橋など長い階段の昇り降り ・水遊び・泥んこ遊び ・少し高いところから飛び降りる ・コンビカーで走る ・走る
	2歳児 子ども6人 に対し概ね 保育士1人	・砂遊び ・室内遊び ・すべり台を自分で 滑る	・散歩(往復30分程度) ・歩道橋などの長い階段の 昇り降り ・三輪車に乗る ・両足とび	・追いかっこなど ・水遊び・泥んこ遊び ・高いところから飛び降りる ・リズムあそび
	3歳児 子ども20人 に対し概ね 保育士1人	・砂遊び ・室内遊び ・すべり台を滑る	・散歩(往復40分程度) ・鉄棒で足ぬきまわり ・ジャングルジムに登る ・三輪車をこぐ	・鬼ごっこ・かけっこなど ・水遊び・泥んこ遊び ・プール遊び ・高いところから飛び降りる
	4歳児 子ども30人 に対し概ね 保育士1人	・砂遊び ・室内遊び ・三輪車をこぐ ・すべり台を滑る	・散歩(往復50分程度) ・鉄棒の前まわり ・ジャングルジムに登る ・スケーターに乗る ・水遊び・泥んこ遊び	・走る ・プール遊び ・ボール遊び ・フープ ・リズム遊び
	5歳児 子ども30人 に対し概ね 保育士1人	・砂遊び ・室内遊び ・三輪車をこぐ ・すべり台を滑る	・散歩(往復1時間程度) ・鉄棒の前まわり ・ジャングルジムに登る ・水遊び・泥んこ遊び ・太鼓や竹馬	・走る ・プール遊び ・鉄棒の逆あがり ・リズム遊び ・縄とび ・ドッチボール ・サッカー
行事：園外保育(徒歩・電車・バス)、運動会など				

医療的ケアに係る調査票

児童名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
診断名						
通院・療育の状況		医療機関名 () 診療科 () 通院頻度 (回 /)				
		医療機関名 () 診療科 () 通院頻度 (回 /)				
		医療機関名 () 診療科 () 通院頻度 (回 /)				
		医療機関名 () 診療科 () 通院頻度 (回 /)				
手帳等の状況		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級)				
		<input type="checkbox"/> 知的障害者手帳 (療育手帳) (A・B)				
		<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級)				
		<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (級)				
身長／体重		身長: cm 体重: kg (測定日 年 月 日)				
コミュニケーション		<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 絵カード <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> 表情 <input type="checkbox"/> その他 ()				
内服薬		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名・内服時間)				
けいれん発作		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
アレルギー		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
運動機能		首のすわり (か月) 寝返り (か月) 座わり (か月) はいはい (か月)				
食事	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	食事介助	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (一部・全部) ※介助時の注意 ()				
姿勢・移動	姿勢の 変え方	<input type="checkbox"/> 自立				
		<input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 ()				
	姿勢の 保ち方	<input type="checkbox"/> 自立				
		<input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 ※普段使用している補装具 () ※普段よくしている姿勢 ()				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー					
	<input type="checkbox"/> 車椅子 (自走 介助 電動) <input type="checkbox"/> その他 ()					
排尿	尿	尿意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回 / 日)			
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 (回 / 日) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	便	便意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回 / 日) 使用中の薬剤 ()			
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸 (回 / 日) <input type="checkbox"/> その他 ()			
睡眠に関する配慮		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				

【医療的ケア】受入れに関する確認書

児童名	生年月日 平成・令和 年 月 日
保護者名	続柄
医療的ケア内容	

次の事項の確認をお願いします。

1 医療的ケア内容について

① 必要書類の提出について（主治医面談の経費や文書料は保護者負担となります）

- ・様式 6「医療的ケア実施に関する医師の指示書」及び様式 7「医療的ケア実施届出書」をご提出ください。保護者から様式 7「医療的ケア実施届出書」の提出を受けた後、保育所が様式 8「医療的ケア実施に係る同意書」を作成します。医療的ケア実施については、保護者より、様式 8「医療的ケア実施に係る同意書」の同意を得たあと、看護師または認定特定行為業務従事者が実施します（主治医の指示以外の保護者の判断での対応はできません）。

② 医師の指示内容に変更等があった場合

- ・様式 6「医療的ケア実施に関する医師の指示書」及び様式 7「医療的ケア実施届出書」を再度ご提出ください。

③ 進級時の確認について

- ・様式 10「進級等に伴う医療的ケア実施の再確認について（お願い）」をご提出ください。

④ 医療機器等の衛生管理について

- ・医療的ケアに必要な物品はすべて保護者の方に準備していただきます。また、感染症防止のため、日々の器具等の衛生管理は保護者の方で行っていただきます。
※器具等の故障・破損等があった場合の補償はありません。

⑤ 慣れるための保育について

- ・子どもが心身に負担なく新しい集団生活の環境に慣れるため、親子通園等の慣らし保育の期間を設けています。子どもの普段の様子や、集団保育の中での様子を保護者と保育所（園）等職員（保育士・看護師等）が確認しながら、保育内容や時間の調整を行います。

2 安全な保育実施のために（集団保育は健康状態が安定している中での保育となります）

① 集団生活におけるけがや感染のリスクについて

- ・保育所（園）等では家庭と違うリスクとして、乳幼児が集団で生活する場所のため、安全に見守ってはいますが、ぶつかったり転んだり等けがをする場合もあるので、ご理解ください。
- ・集団生活では、子ども同士が濃厚に接触することが多いため、飛沫感染や接触感染が生じやすい環境で、感染症に罹患する機会が多くなります。

② 体調不良時の対応について

- ・保育中、平熱であっても体調が良好でない場合は、お迎えを依頼します。当日の朝平熱であっても体調が良好でない場合は、家庭保育をお願いする場合があります。
- ・保育中の子どもの体調不良や容態の変化等に伴う緊急事態に備え、必ず複数の連絡先を明確にし、常時、保育所（園）等からの連絡が取れるようにしてください。

3 医療的ケアの対応について

① 医療的ケアは、看護師または認定特定行為業務従事者が対応します。

- ② 看護師または認定特定行為業務従事者に突発的な事象が発生し医療的ケア対応ができない等、やむを得ない場合は、保護者に協力を依頼する場合や受入れができない場合があります。

4 利用開始後の健康状態の変化に伴う取扱い

- ① 保育中に医療的ケアを実施する必要がなくなった場合、本市は医療的ケアの実施を終了します。
- ② 健康状態の変化により、保育所（園）等における集団保育が困難と本市が判断した場合は、本市は保護者に対してその旨を説明し、保育所（園）等の利用に関して協議します。
- ③ 新たな医療的ケアが必要となった場合、保育所（園）等の利用に関して協議します。

5 個人情報に係る取扱いについて

- ・安全な医療的ケア対応の実施にあたり、必要な情報については各関係機関や嘱託医にも情報共有します。

枚方市長

年 月 日

以上、同意及び確認の上、署名します。

保護者名 _____

医療的ケア実施に関する医師の指示書

年 月 日

対象児童	氏名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日生

診断名	
健康状態に対する 意見	
医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 ・ <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 ・ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養チューブによる経管栄養 ・ <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 ・ <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()
実施内容・手順 緊急時対応	
その他の 医療的ケア (使用薬剤の有無・ 配慮事項を含む)	

機関名	
住所	
電話	
医師名	(印)

様式6 (裏面)

《主治医の方へ》

医療事故を防ぐために、主治医（又は指導医、指定看護師等）から保育所（園）等の看護師へ、手技等、医療的ケア実施に関する留意点の指導をお願いいたします。

また、指示事項に変更がある場合は、その都度、指示書によりご指示ください。

※指示する項目に✓をつけ、具体的な留意点を記入してください。

看護師に指示する事項		医療的ケア実施に関する留意事項等
□導尿	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 自己導尿に向けての指導、管理	
□吸引	<input type="checkbox"/> 口腔内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内の吸引	
□経管栄養	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養チューブによる注入 <input type="checkbox"/> 胃ろうへの注入 <input type="checkbox"/> 腸ろうへの注入	
□人工肛門の管理		
□その他		

次の看護師・認定特定行為業務従事者に対して、医療的ケア実施に関する手技、留意点等指導しました。

氏名		指導日	年	月	日
		指導日	年	月	日
		指導日	年	月	日
		指導日	年	月	日

指導者名： _____

医療的ケア実施届出書

令和 年 月 日

保育所(園)等長

保護者	住 所	
	氏 名	
	電話番号	() -
児 童	氏 名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日生

保育所(園)等の入所にあたり、下記の医療的ケアが必要ですので届け出ます。

記

医療的ケアの内容	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 鼻腔内吸引 ・ <input type="checkbox"/> 口腔内吸引 ・ <input type="checkbox"/> 気管カニューレ内吸引 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養チューブによる経管栄養 ・ <input type="checkbox"/> 胃ろうによる経管栄養 <input type="checkbox"/> 腸ろうによる経管栄養 ・ <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()	
実施内容・手順 ・どのような時に ・どうするか ・緊急時対応		
その他の医療的ケア (使用薬剤・配慮事項を含む)		
主治医	機 関 名	
	住 所	
	氏 名	
	電話番号	
緊急時の連絡先	氏名①	続柄 ()
	電話番号	
	氏名②	続柄 ()
	電話番号	

医療的ケア実施に係る同意書

下記の内容について十分な説明を受け内容を理解したので、医療的ケアの実施に同意いたします。

記

基本情報	対象者	氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日	
		住所				
	保育所(園)等	名称				
		保育所(園)等長 氏名				
		看護師氏名				
		認定特定行為 業務従事者氏名				

開始日	年 月 日
実施行為	実施頻度/留意点
<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 吸引(口腔内) <input type="checkbox"/> 吸引(鼻腔内) <input type="checkbox"/> 吸引(気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔チューブ) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 経管栄養(腸ろう) <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()	

保育所(園)等長

同意日 令和 年 月 日

保護者	住 所	
	氏 名	
	続 柄	
	電話番号	() -

令和 年 月 日

主治医 様

保育所(園)等長

医療的ケア実施状況報告書

下記のとおり、医療的ケア実施状況について報告いたします。

基本情報	対象者	氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日	
		住所				
	保育所(園)等	名称				
		保育所(園)等長氏名				
		看護師氏名				
		認定特定行為業務従事者氏名				

実施行為	実施結果／特記すべき事項
<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 吸引(口腔内) <input type="checkbox"/> 吸引(鼻腔内) <input type="checkbox"/> 吸引(気管カニューレ内) <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔チューブ) <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 経管栄養(腸ろう) <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> その他 ()	

令和 年 月 日

保護者様

保育所(園)等長

進級等に伴う医療的ケア実施の再確認について(お願い)

平素は、保育所(園)等の運営にご理解とご協力をいただきありがとうございます。

このたび、お子様の進級等に伴い、医療的ケアの実施内容について再確認をお願いします。

つきましては、主治医と相談の上、下記の医療的ケア実施の変更・追加確認にご署名のうえ提出をお願いします。

なお、実施内容の変更や追加がありましたら、併せて「医療的ケア実施に関する医師の指示書(様式6)」及び「医療的ケア実施届出書(様式7)」を提出していただきますようお願いいたします。

..... (切り取り線)

令和 年 月 日

保育所(園)等長

保護者	住 所	
	氏 名	
	電話番号	() -
児 童	氏 名	
	生年月日	平成・令和 年 月 日

進級等に伴う医療的ケア実施の再確認について(回答)

先に届出している医療的ケア実施内容については、変更・追加が (あります・ありません)。

※どちらかに丸をつけて下さい。

(注)実施内容に変更や追加がありましたら、併せて「医療的ケア実施に関する医師の指示書(様式6)」及び「医療的ケア実施届出書(様式7)」を提出してください。

保育所（園）等における医療的ケアおよび健康上の配慮が必要な子どもの保育についての確認書

対象児童名 _____

生年月日 平成・令和 年 月 日

1. 確認書を交わす目的

2. 受入れクラスの検討

3. 通所（園）日

4. 保育時間

5. 生活と遊び

6. 親子通所（園）の実施

7. 健康管理（必要な項目のみ記載）

（1）朝昼夕の視診

（2）看護師の視診

（3）医療的ケアに必要な用具等の確認および保育中の管理方法について

(4) 水分出納

(5) 室温管理、衣類の調節

(6) 頰椎の保護

(7) 病気明け、発熱後の登所についての確認

8. 主治医・関係機関との連携

(1) 必要時に主治医訪問

(2) 保健センター、訓練施設、子ども発達支援センター等との連携

9. 緊急時の対応

10. 記録・家庭連絡票の工夫

11. その他

令和 年 月 日

保護者氏名