

様式 1

(保護者⇒保育幼稚園入園課)
見学施設は控えを保管

保育所(園)等見学时確認事項

フリガナ		生年月日	年 月 日
児童名			
診断名			

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、児童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(経鼻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、土曜日や時間外など、希望する時間の保育ができない場合があります。

----- 以下 保育所等が記入 -----

見学園 (園担当者は見学时に様式 1 のコピーを園で保管し、原本は保護者へ返却してください)

保育所(園)等名	園担当者サイン	保育所(園)等名	園担当者サイン