

様式集

令和4年8月
令和6年8月改訂

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	保育所(園)等見学時確認事項	保護者⇒保育幼稚園入園課
様式2	医療的ケア利用申込書兼同意書	保護者⇒保育幼稚園入園課
様式3	対象児童用主治医意見書	主治医⇒保護者⇒保育幼稚園入園課
様式4	医療的ケアに係る調査票(市看護師との面談予約時に専用フォームから入力)	保護者⇒保育幼稚園入園課
	様式名(入所決定後)	
様式5	医療的ケア児の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	医療的ケア計画書兼同意書	保育所(園)等⇔保護者
様式9	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	保育所(園)等⇔保護者
様式10	医療的ケア終了届	保護者⇒保育所(園)等

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。)

必ず事前に募集要項を確認のうえお手続きください。

①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1～3を入手してください。

②市看護師との面談の予約

- ・施設見学を行い、希望する施設が決定したら、専用フォームから市看護師との面談を予約します。その際、様式1・2の写真データを添付し、様式4の内容を直接入力します。

③市看護師との面談

- ・市看護師との面談時に、様式1～3の原本をご提出ください。

④入所決定後の手続き

- ・様式5～7を、入所決定した保育所(園)等へご提出ください。
- ・保育所(園)等が作成した様式8～9の内容について、保護者との同意や確認をします。

⑤入所後の書類の更新

- ・医師の指示書の有効期限の6か月、または指示に変更がある時は、様式6を提出してください。

保育所(園)等見学時確認事項

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 (園担当者は見学時に様式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

医療的ケア利用申込書兼同意書

児 童 名	性 別	生 年 月 日
フリガナ	男・女	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. 診断名及び保育所(園)等に依頼する医療的ケアの内容

診断名
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、必要書類の複写を行い、各関係機関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

集団生活が可能なお場合のみご記入ください。

児童名	
生年月日	年 月 日

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、利用内定保育施設、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"/> 経鼻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	
緊急時対応	

3. 【個別配慮について】

集団生活における運動制限の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：
感染症など日常生活上の配慮	<input type="checkbox"/> なし <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	降所 (あそび)
幼児 (3.4.5歳)							
	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」等に基づき、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15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25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25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
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・B1・B2)							
	<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()							

医療的ケア児の受入れに関する確認書

児童名	生年月日 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

① 必要書類の提出(主治医面談の経費や文書料は保護者負担となります)

- ・「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(園)等が「医療的ケア計画書兼同意書(様式8)」を作成します。医療的ケア実施については、保護者から「医療的ケア計画書兼同意書(様式8)」で同意を得たあと、保育所(園)等での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 医療的ケア実施の継続確認

- ・子どもの健康状態の把握と医療的ケア実施の継続や変更について医師と確認を行うため、6か月に1回「医療的ケア実施に関する医師の指示書(様式6)」を提出してください。
- ・医療的ケアの実施内容に変更又は追加がある場合は、「医療的ケア実施届出書(様式7)」と、「医療的ケア実施に関する医師の指示書(様式6)」を再度提出してください。

③ 医療機器等の衛生管理

- ・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、感染症予防のため、日々の器具等の衛生管理は保護者の方に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。

④ 慣らし保育

- ・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 保育所(等)は、「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(様式9)」を作成し、保護者と保育の注意点について確認します。

② 集団生活におけるケガや感染症のリスク

- ・保育所(園)等は、乳幼児が集団で生活をするため、ぶつかったり転んだり、ケガをする場合もあります。安全には配慮していますが、リスクを伴うことをご理解ください。
- ・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。

③ 体調不良時の対応

- ・保育中の急な体調の悪化や発熱、下痢などの体調不良時、またケガを負った場合は保育所から保護者へ連絡します。保育の継続が困難と判断した場合には、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ことがあります。
- ・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

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実施します。

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が実施できない等、やむを得ない場合には、保護者へ協力を依頼することや受入れができない場合もあります。

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、保育所での医療的ケアの実施を終了します。保護者は「医療的ケア終了届(様式10)」を作成し、保育所(園)等に提出します。必要時に応じて、職員が同行受診し、医師に医療的ケア終了後の体調管理の注意点について確認します。
- ② 健康状態の変化により集団保育が困難となった場合や、新たな医療的ケアが必要となった場合は、保育所(園)等の利用に関して改めて協議します。

5 個人情報に係る取扱い

- ・安全な医療的ケアの実施のため、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

令和 年 月 日

以上、同意及び確認の上、署名します。

保護者名 _____

対象者	フリガナ		生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 気管切開の衛生管理 <input type="checkbox"/> 呼吸器工	カニューレの種類()サイズ：外径()mm 長さ()mm カフ： なし ・ あり()cc			
	氏名			()	歳	ヶ月		<u>カニューレ抜去時の対応等</u>			
	住所										
	主たる疾患										
指示内容								種類： 設定			
<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	<input type="checkbox"/> 経鼻チューブ()Fr 挿入の長さ()cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう：種類() ()Fr 挿入の長さ()cm					尿導	<input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 自己導尿の補助	サイズ()Fr 挿入の長さ()cm 実施頻度等() 尿量の測定：有 ・ 無		
		●栄養剤注入：内容() 注入量()ml 実施時間() () () 注入時間()分程度 ●注入前の胃内残留の確認 <input type="checkbox"/> 確認の必要なし <input type="checkbox"/> ()ml 以上が引ける場合、() <input type="checkbox"/> 胃残の色に異常がある(褐色、黄色、緑色)の場合() ●終了後のフラッシュ： <input type="checkbox"/> 白湯()ml <input type="checkbox"/> 空気()ml ●注入内容は保護者と相談し、その日の体調に合わせて実施：可 ・ 不可 ●嘔吐後の水分補給について：必要あり ・ 必要なし “必要あり”の時必ず補水が必要な症状() 内容() 注入量()ml ●登園時、保育途中での水分補給：必要あり ・ 必要なし 1回注入量の上限()ml 水分補給量の上限()ml					<input type="checkbox"/> 血糖値測定 <input type="checkbox"/> インスリン注射	●血糖測定の時間() ●血糖値による対応： ●インスリン注射 薬剤名() カーボカウントによる計算：必要あり ・ 必要なし (一回量 単位/回) 実施時間： 食前 ・ 食後 ・ その他()			
		<u>チューブ抜去時の対応等</u>					緊急搬送の目安・対応・処置		搬送先： TEL：		
<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔	口から()cm まで挿入可、鼻から()cm まで挿入可 吸引圧()kPa ()Fr 吸引時間()秒程度					その他の留意事項				
	<input type="checkbox"/> 気管	()cm まで挿入可 吸引圧() kPa ()Fr 吸引時間()秒程度 *気管カニューレの抜去等の指示は、“気管切開の衛生管理”に記入									
	※注意事項、その他 <input type="checkbox"/> カフ圧確認についての指示										
<input type="checkbox"/> 療法	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 気管内	酸素吸入 流量()ℓ/分 *SPO ₂ の数値低下による指示は“パルスオキシメーターのモニター管理”に記入 *人工呼吸器使用時は別紙にて指示					医療機関名： 医師氏名： 記入日：令和 年 月 日 指示期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> パルスのモニター管理メータ	●望ましいモニター数値 目安：SPO ₂ _____%以上 P= _____回/min 以上 - _____回/min 以下 ●数値低下時の指示： 要 ・ 不要 “要”の場合の指示：					以下、指示内容に変更のない時の指示の更新日・指示期間				
		指示書更新日		指示期間 ※最長6か月			医師サイン				
		令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日							
		令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日							
		令和 年 月 日		令和 年 月 日～ 令和 年 月 日							

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	年 月 日

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"/> 経鼻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、薬剤等は指示書参照	
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	

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 _____ 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)頸椎の保護

(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)まるっとこどもセンター、ひらかた子ども発達支援センター、訓練施設等との連携

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

令和 年 月 日

枚方市長

医療的ケア終了届

保育所(園)に通園する児童に対して、保育施設での医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、保育施設での医療的ケアを終了することを届けます。

1 対象児童名 _____

2 実施していた医療的ケアの内容 _____

3 終了年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4 終了理由 _____

5 留意事項 _____

6 医療機関名 _____

保護者氏名 _____