

別記様式第1号（第4条関係）

医療的ケア児支援事業利用申請書

（あて先）長岡京市長	年 月 日
保護者の住所	保護者氏名

長岡京市医療的ケア児支援保育事業実施要綱第4条の規定により、保育施設における医療的ケアの利用申請書を提出します。

児 童 名		性別	年齢	生年 月日	年 月 日生
		歳			
児 童 の 住 所	（保護者の住所と異なる場合のみ記入）				
電 話 番 号 （携帯電話番号）					
緊 急 連 絡 先					
利用を申し込む医療的ケアの内容及び方法等	医療的ケアの内容 （該当するケアの内容に○を記入ください）	保育施設で実施を希望する方法			
	酸素吸入 気管切開・鼻腔等 人工呼吸器（NIPPV、IPVを含む）				
	吸引 口腔・鼻腔・気管切開部				
	経管栄養 経鼻経管・胃ろう・腸ろう				
	導尿 一部要介助・完全要介助（間隔）				
	与薬（具体的に）				
	その他（具体的に）				

別記様式第2-1 (第4条関係)

医療的ケアに係る調査票

(あて先) 長岡京市長	年 月 日
保護者の住所	保護者氏名

長岡京市医療的ケア児支援保育事業実施要綱第4条の規定により、保育施設における医療的ケアに係る調査票を提出します。

児 童 名		性別	年齢	生年	年
			歳	月日	月 日生
診 断 名					
出産時の状況	妊娠期間	(週 日)	単 ・ 多	() 胎	
	体 重	() g	身 長	() cm	
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/)		
	療育機関名()		通所頻度(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 (単語・二語文・文章)	<input type="checkbox"/> 絵カード	<input type="checkbox"/> 表情		
内服薬	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (薬品名	内服時間)	
てんかん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (頻度	状況)	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	
運動機能	定額 (か月) 寝返り (か月) 座位 (か月) ずりばい (か月)				
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 ※普段使用している物品 () ※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 泄	尿	尿 意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (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 ()		

(裏面へ続く)

排泄	便	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (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 ()	
食事	方法内容	<input type="checkbox"/> 経口	状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 内容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	種類 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 () カテーテルサイズ (Fr) 注入内容 () 注入量・回数 () トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 交換頻度 (1回/)	
			<input type="checkbox"/> I V H	薬剤名 ()
			血糖値測定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 時間 (時, 時, 時)
	インスリン投与		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 時間 (時, 時, 時)	
	呼吸管理	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニューレ製品名 () 交換頻度 (1回/) トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回数 (回/時間) 部位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ (Fr)
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				流量 (%/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内
人工呼吸器		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種類 <input type="checkbox"/> 気管切開下 <input type="checkbox"/> 非侵襲的 (<input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 鼻口)	
			メーカー・機種 :	
			業者名 :	
	モード :			
	換気回数 (f) :			
薬剤の吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	酸素濃度 (FiO ₂) :		
		離脱 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (分)		
その他		集団生活を送る上で配慮が必要な点		

日常生活の状況に係る調査票

※ 起床，就寝，食事，排泄，医療的ケア等の時間を中心に1週間のスケジュールを記入してください。

児童名							
	日	月	火	水	木	金	土
1 : 00							
2 : 00							
3 : 00							
4 : 00							
5 : 00							
6 : 00							
7 : 00							
8 : 00							
9 : 00							
10 : 00							
11 : 00							
12 : 00							
13 : 00							
14 : 00							
15 : 00							
16 : 00							
17 : 00							
18 : 00							
19 : 00							
20 : 00							
21 : 00							
22 : 00							
23 : 00							
24 : 00							

別記様式第3号（第4条関係）

年 月 日

長岡京市長 様

(保護者名)

(住 所)

(連絡先)

意見聴取に係る同意書

長岡京市医療的ケア児支援保育事業実施要綱第4条に定める保育所等における医療的ケア利用の申込みに際して、同要綱第11条第1号に定める面談に出席するとともに、長岡京市が、対象児童の主治医又は保健所等から下記の対象児童に係る意見聴取を行うことについて同意いたします。

記

対象児童名：

生年月日： 年 月 日

別記様式第4号（第4条関係）

医療的ケアに係る主治医意見書

(あて先) 長岡京市長	年 月 日
医療機関の所在地	医療機関名 医師名 電話

長岡京市医療的ケア児支援保育事業実施要綱第4条の規定により、対象児童の保育利用について意見書を提出します。					
児 童 名		性別	年齢	生年 月日	年 月 日生
			歳		
診 断 名		受診 状況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期		
保 育 施 設 に おける集団生活 の 可 否	<p>乳幼児が長時間にわたり集団で生活する保育施設では、午睡や食事、集団での遊びなど濃厚な接触の機会が多くあります。医療的ケア児専用の清潔なルームでの対応でなく集団の中での保育となるため、一般的には感染症を防ぐのは難しい環境にあります。</p> <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 保育施設での集団生活は不可 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）				
必 要 な 医 療 的 ケ ア	<input type="checkbox"/> 酸素吸入（気管切開、鼻腔等） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器（NIPPV、IPVを含む） <input type="checkbox"/> 吸引（口腔・鼻腔・気管切開部） <input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） <input type="checkbox"/> 導尿・自己導尿の補助（一部要介助・完全要介助） <input type="checkbox"/> 血糖値測定（インスリン注射を含む。） <input type="checkbox"/> 与薬（経口・注入・座薬・その他： ） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）				
服 薬 状 況 (処方箋添付可)	<input type="checkbox"/> 有（内容： ） <input type="checkbox"/> 無				
呼 吸 状 態 (呼吸障害等)	<input type="checkbox"/> 有（内容： ） <input type="checkbox"/> 無				

(裏面へ続く)

摂食・嚥下の状況	経口摂取： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食形態： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト食 その他（内容： _____ ）	
排尿状態	排尿障害 <input type="checkbox"/> 有（内容： _____ ） <input type="checkbox"/> 無	
発作の状況	けいれん発作： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 シリーズ形成： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 { 内容： _____ } 発作時の対応： <input type="checkbox"/> その場で様子を見る <input type="checkbox"/> その場で座薬を挿入する <input type="checkbox"/> 救急搬送する <input type="checkbox"/> その他（内容： _____ ）	
予想される緊急時の状況及び対応	状態・頻度	
	対 応	
	緊急搬送の目安	
保育施設での生活上の配慮及び活動の制限	保育の配慮：特別な配慮を <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要なとする <input type="checkbox"/> 常に必要とする { 内容： _____ } 活動の制限： <input type="checkbox"/> 基本的な生活は可能だが運動は不可 <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可 <input type="checkbox"/> 中等度の運動には参加可 <input type="checkbox"/> 強い運動にも参加可	
その他		