医療的ケア児保育所等利用事前相談票（相談日　 年 月 日）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談担当者  （市記入欄） | | |  | | | | | | | |
| 相談回数 | 〇をつけてください  初回 ・ 継続（ ） | | | 担当CW  (市記入欄) | |  | | | 担当PHN  (市記入欄) |  |
| 相談者氏名 | | フリガナ  氏名 | | | | 連絡先 | | |  | |
| 児との関係 | | |  | |
| 入所希望児  氏名 | | フリガナ  氏名 | | | | 生年月日  年齢 | | | R　　年　　月　　日  　　　　　　　　　歳 | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | |
| 入所希望時期 | | 年　　　月 | | | 希望クラス | | | 歳児クラス | | |
| 入所希望理由  ✓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（　　　：　　　） | | | | | | | | |
| 入所希望園  見学状況に〇をつけてください | | 第１希望（見学済・未） | | | | | 第４希望（見学済・未） | | | |
| 第２希望（見学済・未） | | | | | 第５希望（見学済・未） | | | |
| 第３希望（見学済・未） | | | | | 第６希望（見学済・未） | | | |
| 見学希望日時 | |  | | | | | | | 園との調整（市記入欄） | |
| その他 | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 該当する医療的ケア等に〇をつけてください | | | |
| 摂取  （経鼻・胃ろう・腸ろう） |  | 経口(形態：　　　　　　　　　) |  | 経鼻経管栄養 |
|  | 胃ろう、腸ろう |  | 中心静脈栄養 |
|  | その他 | | |
| 吸引  （口腔・鼻腔内・気管切開  ・気管カニューレ内）  」 |  | 気管切開 |  | 人工呼吸器を使っている  (夜間のみ・睡眠中・24時間装着) |
|  | チューブ挿入中 |  | 吸引 |
|  | その他 | | |
| 排泄 |  | 導尿 | | |
|  | 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 |  | 酸素カニューレを使用している  (常時・必要時) |  | 酸素マスクを使用している  (常時・必要時) |
| その他 |  |  | | |

特記事項