

(様式 1 - 1)

医療的ケア実施申請書

1. 医療的ケアの実施を申し込む児童

ふりがな		性別	生年月日(年齢)
申込児童氏名			年 月 日(歳 か月)
現住所			
電話番号		緊急連絡先	氏名 続柄 電話番号

2. 保育所等で実施を希望する医療的ケアの内容及び方法

(該当するに項目にチェックし、回数等を記入する。)

保育所等に依頼する 医療的ケアの内容	☐ 喀痰吸引(口・鼻・気管カニューレ内)	回数	回/日
	☐ 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう)	回数	回/日
	☐ 導尿	回数	回/日
	☐ 人工肛門(ストーマ)の管理	回数	回/日
	☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射	回数	回/日
	☐ 酸素療法(カニューレ・マスク)		
	酸素流量 L/分 SP02 %以下の場合()		
☐ その他			

3. 医療的ケアに関する主治医の意見書(別紙添付のこと)

戸田市福祉事務所長 様

上記の医療的ケアについて、保育所等での実施を申し込みます。

年 月 日

保護者氏名 _____

(様式 1 - 2)

お子さんの記録（医療的ケア児用）

年 月 日

児童氏名	性別	生年月日	年齢
(ふりがな)		年 月 日	歳 か月

受診先医療機関名	
診断名	
保育所等に依頼する 医療的ケアの内容	☐ 喀痰吸引（口・鼻・気管カニューレ内） 回数 回/日 ☐ 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） 回数 回/日 ☐ 導尿・自己導尿（一部要介助・完全要介助） 回数 回/日 ☐ 人工肛門（ストーマ）の管理 回数 回/日 ☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射 回数 回/日 ☐ 酸素療法（カニューレ・マスク） 酸素流量 L/分 SPO2 %以下の場合（ ） ☐ その他（ ）
服薬状況	☐ 有（ ） 回数 回/日 ☐ 無
呼吸状態	呼吸障がい ☐ 有（ ） ☐ 無
摂食・嚥下状態	経口摂取 ☐ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可 食形態 ☐ 普通食 ☐ 離乳食 ☐ その他（ ） 誤嚥の有無 ☐ 有（よくある・時々・まれにある） ☐ 無
排尿・排便状態	排尿・排便障がい ☐ 有（内容 ☐ 無
アレルギー	☐ 有（ ） ☐ 無
発作の状態	けいれん発作 ☐ 有（内服薬 ） ☐ 無 発作の様子： 発作時の対応：
児童の体重	
保育所等での留意事項	（例：運動の制限・行事への参加等）

(様式 1 - 3)

医療的ケア児に関する主治医の意見書(0～2歳児用)

戸田市福祉事務所長 様

ふりがな 児童氏名		生年月日	
住 所			
診断名			
主症状			
既往歴		受診状況	
現在までの治療の 内容、期間、経過 その他の参考になること			
今後の見通し			
服薬状況			
痙攣やアレルギー の有無	有 () ・ 無		
医療的ケアの 要・否	必要 ・ 不要		
医療的ケアの項目	☐ 喀痰吸引(口・鼻・気管カニューレ内) ☐ 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) ☐ 導尿 ☐ 人工肛門(ストーマ)の管理 ☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射 ☐ 酸素療法(カニューレ・マスク) ☐ その他()		
集団保育適否	適 ・ 否		
保育の制限	☐ 制限なし (同年齢児童と同等度の生活・運動が可能) ☐ 制限あり 裏面の「保育のめやす」の該当項目にチェックしてください。		
医療的ケア及び集 団生活にあたって の留意、配慮事項			
予想される緊急時 の状況及び対応			
記入日 :	年	月	日
医療機関 住 所 電話番号 医師氏名			

裏面あり

保育のめやす（0～2歳児用）

下記の表は通常保育活動です。

年齢に関係なく可能な項目に印をつけてください。

年齢相当以下であれば、おおむね相当する年齢欄に記入ください。

年齢別活動内容（利用クラス）		軽い運動	中等度の運動	強い運動
	0歳児	☐ 腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする ☐ すべり台（室内用）を大人にさせてもらう ☐ 抱っこされる	☐ 手を握って体を起こす ☐ 散歩（10分程度） ☐ 抱っこして左右に揺らす	☐ 水遊び（手足に水をつける） ☐ 布に乗せてゆらす ☐ 激しく泣く ☐ 音楽に合わせて全身を揺らす
	1歳児	☐ 砂あそび ☐ すべり台を自分ですべる ☐ ボールを追う	☐ 散歩（____分程度まで可能） ☐ 階段の昇り降り（____段位）（室内2往復程度） ☐ コンビカー（四輪ミニカー）に乗る	☐ 走る（____分程度まで可能） ☐ 水遊び（腰まで水につける） ☐ 坂登り ☐ 音楽に合わせて全身を動かす
	2歳児	☐ 砂あそび ☐ すべり台を自分ですべる ☐ その場でジャンプする	☐ 散歩（最高2km往復40分程度） ☐ 階段の昇り降り（歩道橋等） ☐ 三輪車をこぐ ☐ ボールを投げたり蹴ったりする	☐ 走る（____分程度まで可能） ☐ 水遊び（胸まで水につける） ☐ プール遊び（プール内15分程度） ☐ 高いところから飛び降りる（50cmくらい） ☐ 音楽に合わせてリズムカルに動く

生 活	行 事 その他	保育時間
☐ シャワー ☐ 清拭 ☐ 沐浴 ☐ うす着	☐ 遠足 徒歩 ☐ 運動会 ☐ 遠足 バス	☐ 通常保育時間（8 時間 ・ 11 時間） ☐ 保育時間制限必要（ 時間）
所 見		
☐呼吸困難 頻呼吸 ☐ SpO2 の低下 ☐ 分泌物の増加 ☐ 脈の異常(頻脈) ☐ けいれん ☐その他 [] ☐特になし		

	A	B	C	D
指導区分	基本生活は可能だが 運動は不可	軽い運動には 参加可	中等度の運動まで 参加可	強い運動にも 参加可

該当する指導区分に○をしてください。

『軽い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。

『中等度の運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で身体の高い接触を伴わないもの。

『強い運動』...同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。

(様式 1 - 4)

医療的ケア児に関する主治医の意見書(3 ～ 5 歳児用)

戸田市福祉事務所長 様

ふりがな 児童氏名		生年月日	
住 所			
診断名			
主症状			
既往歴		受診状況	
現在までの治療の 内容、期間、経過 その他の参考になる こと			
今後の見通し			
服薬状況			
痙攣やアレルギー の有無	有 () ・ 無		
医療的ケアの 要・否	必要 ・ 不要		
医療的ケアの項目	☐ 喀痰吸引(口・鼻・気管カニューレ内) ☐ 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) ☐ 導尿 ☐ 人工肛門(ストーマ)の管理 ☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射 ☐ 酸素療法(カニューレ・マスク) ☐ その他()		
集団保育適否	適 ・ 否		
保育の制限	☐ 制限なし (同年齢児童と同等度の生活・運動が可能) ☐ 制限あり 裏面の「保育のめやす」の該当項目にチェックしてください。		
医療的ケア及び集 団生活にあたって の留意、配慮事項			
予想される緊急時 の状況及び対応			
記入日 :	年	月	日
医療機関 住 所 電話番号 医師氏名			

裏面あり

保育のめやす（３～５歳児用）

下記の表は通常保育活動です。
年齢に関係なく可能な項目に印をつけてください。
年齢相当以下であれば、おおむね相当する年齢欄に記入ください。

年齢別活動内容（利用クラス）		軽い運動	中等度の運動	強い運動
	3歳児	☐ 砂あそび ☐ すべり台をすべる ☐ ボールを投げたり、蹴ったりする	☐ 散歩(____分まで) (最高 3 km 往復 50 分程度) ☐ 階段の昇り降り(____階程度) (歩道橋等) ☐ 鉄棒のぶらさがり ☐ 三輪車をこぐ ☐ マット遊び	☐ 走る(____m 程度まで)(____分まで) (鬼ごっこ休憩しながら 20 分程度) (長距離かけっこ 200m) ☐ プール遊び(プール内 15 分程度) ☐ 高いところから飛び降り(60cm 程度) ☐ 水遊び ☐ 音楽に合わせて全身を動かす
	4歳児	☐ 砂あそび ☐ すべり台をすべる ☐ ボールを投げたり、蹴ったりする	☐ 散歩(____分まで) (最高 4 km 往復 1 時間程度) ☐ 階段の昇り降り(____階程度) (歩道橋等) ☐ 鉄棒の前まわり・足抜きまわり ☐ 登り棒を補助されて登る ☐ 水遊び	☐ 走る(____m 程度まで)(____分まで) (鬼ごっこ休憩しながら 30 分程度) (長距離かけっこ 300m) ☐ プール遊び(プール内 20 分程度) ☐ ドッジボール ☐ 相撲 ☐ 太鼓橋を渡る ☐ 縄跳び ☐ 音楽に合わせて全身を動かす
	5歳児	☐ 砂あそび ☐ すべり台をすべる ☐ ボールを投げたり、蹴ったりする	☐ 散歩(____分まで) (最高 5 km 往復 1 時間 15 分程度) ☐ 鉄棒の前まわり ☐ ものを運ぶ(給食・バケツの水) ☐ 登り棒を自分で上まで登る ☐ 太鼓橋を渡る ☐ 水遊び	☐ 走る(____m まで)(____分まで) (鬼ごっこ休憩しながら 40 分程度) (長距離かけっこ 500m) ☐ プール遊び(____分まで) (プール内 20～30 分程度) ☐ とび箱を助走して跳ぶ ☐ 鉄棒の逆上がり ☐ 縄跳び ☐ ドッジボール ☐ 相撲 ☐ サッカー ☐ 音楽に合わせて全身を動かす

生活	行事 その他	保育時間
☐ シャワー ☐ 清拭 ☐ 素足で活動 ☐ 午睡準備(布団運び) ☐ うす着	☐ 遠足 徒歩 ☐ 運動会 ☐ 遠足 バス	☐ 通常保育時間（8 時間 ・ 11 時間） ☐ 保育時間制限必要（ 時間 ）
所 見		
☐ 呼吸困難 頻呼吸 ☐ SpO2 の低下 ☐ 分泌物の増加 ☐ 脈の異常(頻脈) ☐ けいれん ☐ 嘔吐 ☐ その他 ☐ 特になし		

指導区分	A	B	C	D
	基本生活は可能だが運動は不可	軽い運動には参加可	中等度の運動まで参加可	強い運動にも参加可

該当する指導区分に○をしてください。

『軽い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。

『中等度の運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で身体の強い接触を伴わないもの。

『強い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。

特別支援保育申込児童の状況確認書

年 月 日

住所

フリガナ
児童氏名

電話

児童生年月日

保護者氏名

以下の設問にご記入下さい。(保護者記入)

1. 出産時の状況について伺います。

出産場所 (正常分娩 ・ 異常分娩 ・ 帝王切開)

出生時体重 _____g

2. 児童の発達・障害等についての病院受診歴について伺います。 (あり ・ なし)

ある場合、最初に受診した病院はどちらですか。

病院名

受診科名

診断内容(主治医の見解)

今までにかかった(または現在かかりつけの)病院はどちらですか。

病院名

受診科名

診断内容(主治医の見解)

病院名

受診科名

診断内容(主治医の見解)

3. 乳幼児健診の受診の状況について伺います。

(受診時に何か言われましたか。)

4か月児健診 (受診 ・ 未受診) _____

1歳児健診 (受診 ・ 未受診) _____

1歳8か月児健診 (受診 ・ 未受診) _____

3歳6か月児健診 (受診 ・ 未受診) _____

4. 児童の発達・障害等について、福祉保健センターとの関わりはありますか。 (あり ・ なし)

(ある場合)

5. あすなろ学園との関わりはありますか。 (あり ・ なし)

(ある場合)

医療的ケアに関する指示書

標記の件について、下記のとおり指示いたします。 指示期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

児童氏名		生年月日	
診断名			
主症状			
服薬状況			
医療的ケアの項目	☐ 喀痰吸引(口・鼻・気管カニューレ内) ☐ 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) ☐ 導尿 ☐ 人工肛門(ストーマ)の管理 ☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射 ☐ 酸素療法(カニューレ・マスク)		
☐ 喀痰吸引	☐ 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ () Fr. 吸引圧 () cm H2O 以下 鼻からの挿入の長さ () cm 口からの挿入の長さ () cm ☐ 気管カニューレからの吸引 吸引カテーテルのサイズ () Fr. 吸引圧 () cm H2O 以下 (または気管内吸引)カニューレ入り口からの挿入の長さ () cm 1 吸引の頻度 ☐ 喘鳴毎 ☐ () 分毎 ☐ その他() 2 注意事項等 ()		
☐ 気管切開部の観察	1 気管切開の状態 ☐ 単純気管切開 ☐ 咽頭気管分離 ☐ その他() 2 肉芽について ☐ 有 ☐ 無 3 カニューレについて 種類 () 内径 () mm 入り口から先端までの長さ () cm 4 カニューレ抜去時、気管切開部・気管内出血時の対応、その他注意事項等 ()		
☐ 経管栄養	1 鼻腔留置チューブ サイズ() Fr. 挿入長さ () cm 2 注入回数・内容等 ・1日 () 回注入のうち、園で注入が必要な回数は () 回 ・園での対応時間 (:) (:) (:) ・1回の注入時間 (分 ~ 分) ・内容・量 () 3 注入時の体勢 4 チューブ抜去時の対応 5 注意事項等 ()		
☐ 導尿	1 回数・時間 1日 () 回実施 () 時間毎実施 ・園内で実施する時間 (:) (:) (:) 2 カテーテル ・カテーテルの種類 () サイズ () Fr. ・尿道に挿入する長さ () cm 用手圧迫 ☐ 可 ☐ 不可 3 注意事項等 ()		
☐ 人工肛門(ストーマ)	1 回数 ・1日 () 回実施 2 注意事項等 ()		
☐ 酸素療法(カニューレ・マスク)	1 酸素流量 () L/分 SPO2 () % 以下の場合 () 2 注意事項等 ()		
☐ 血糖値測定等	1 回数・時間 ・1日 () 回測定・園内での測定時間(:) (:) 2 血糖測定後の対応 3 低血糖時 () 高血糖時 () 4 注意事項等 ()		
緊急時の対応			

年 月 日

医療機関名

医師氏名

(様式2 - 2) 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する同意書

- 1 保育を行う日及び時間は、平日（月曜日から金曜日）の午前8時30分から午後5時までを基本とし、原則延長保育は実施しないこと。ただし、看護師の確保等、保育所等における受入れ体制が整えられた場合は、保育所等と保護者の同意の上で、利用可能な時間を決定することができること。
- 2 保護者は、医療的ケアに必要な医療機関に対する診療報酬・文書代を負担し、及び器具、消耗品を用意すること。また実施に必要な用具、消耗品の点検、補充を行い、使用後の物品については、家庭に持ち帰り廃棄をすること。
- 3 やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師が勤務できない場合には、保護者等が医療的ケアを実施すること。
- 4 緊急に保護者と連絡をとる必要がある場合のために、いつでも保育所等からの連絡が取れるようにすること。また保育の継続が困難と判断された場合は、連絡により迎えにくること。
- 5 医療的ケア児の症状が急激に悪化した等の緊急時には、原則として保護者に連絡した上で医療機関での受診、治療、処置が行われるが、保護者との連絡が取れない場合や、緊急の場合には保護者に連絡するより早く医療機関に搬送を行い、受診・治療が行われる場合があること。
- 6 保育の継続に向けて、年度単位で申請を行うこと。引き続き同一の医療的ケアが必要と認めた場合には、継続して保育所等における医療的ケアを実施する。
- 7 医療的ケアの内容の変更があった場合は、保護者はあらためて医療的ケア指示書を提出すること。また、市が実施可能な医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要になった場合は、原則として退所となること。
- 8 必要に応じて、保育所等と医療的ケア児等コーディネーター、戸田市地域自立支援協議会等関係機関とで情報の共有をする場合があること。
- 9 医療的ケアの実施において知り得た個人情報、目的以外には使用しないが、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。

私は、保育所等での医療的ケアの実施にあたり、上記項目に同意します。

年 月 日

() 保育園 施設長 様

保護者住所

保護者氏名

児童氏名

(自署でない場合は、保護者氏名の隣に押印してください)

(様式 2 - 3)

医療的ケア実施承諾書

医療的ケアについて、下記のとおり実施します。

実施にあたりまして、下記の留意事項等をご確認いただき、保育所等において医療的ケア児が安全に楽しい生活が送れるよう、ご協力をお願いいたします。

児童氏名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
実施期間	年 月 日 ~	年 月 日まで	
保育時間	時 分 ~	時 分まで	

実施する医療的ケアの内容

医療的ケアの項目	実施する内容

緊急時の対応

- 1) 緊急事態発生時は、保護者及び保育所等で確認した主治医の指示内容の下に、連携する医療機関等に連絡を行い、必要な措置を講じます。同時に保護者等に連絡します。
- 2) 緊急時やむを得ない場合には、保護者の同意を得る前に医療的ケア児を緊急搬送する場合があります。
- 3) 保護者は、常に連絡がとれる体制を整え対応をお願いします。

留意事項

- 1) 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を保育所等に連絡をお願いします。
- 2) 登園時、医療的ケア児の健康状態について担任、看護師等に連絡し当日の医療的ケアの内容について確認をお願いします。
- 3) 保育所等が必要と判断する場合は(例：園の行事参加等)、医療的ケア児が出席中、保護者は保育所等に待機し、看護師等とともに医療的ケアの実施をお願いします。

上記について、内容を確認し、承諾します。

年 月 日

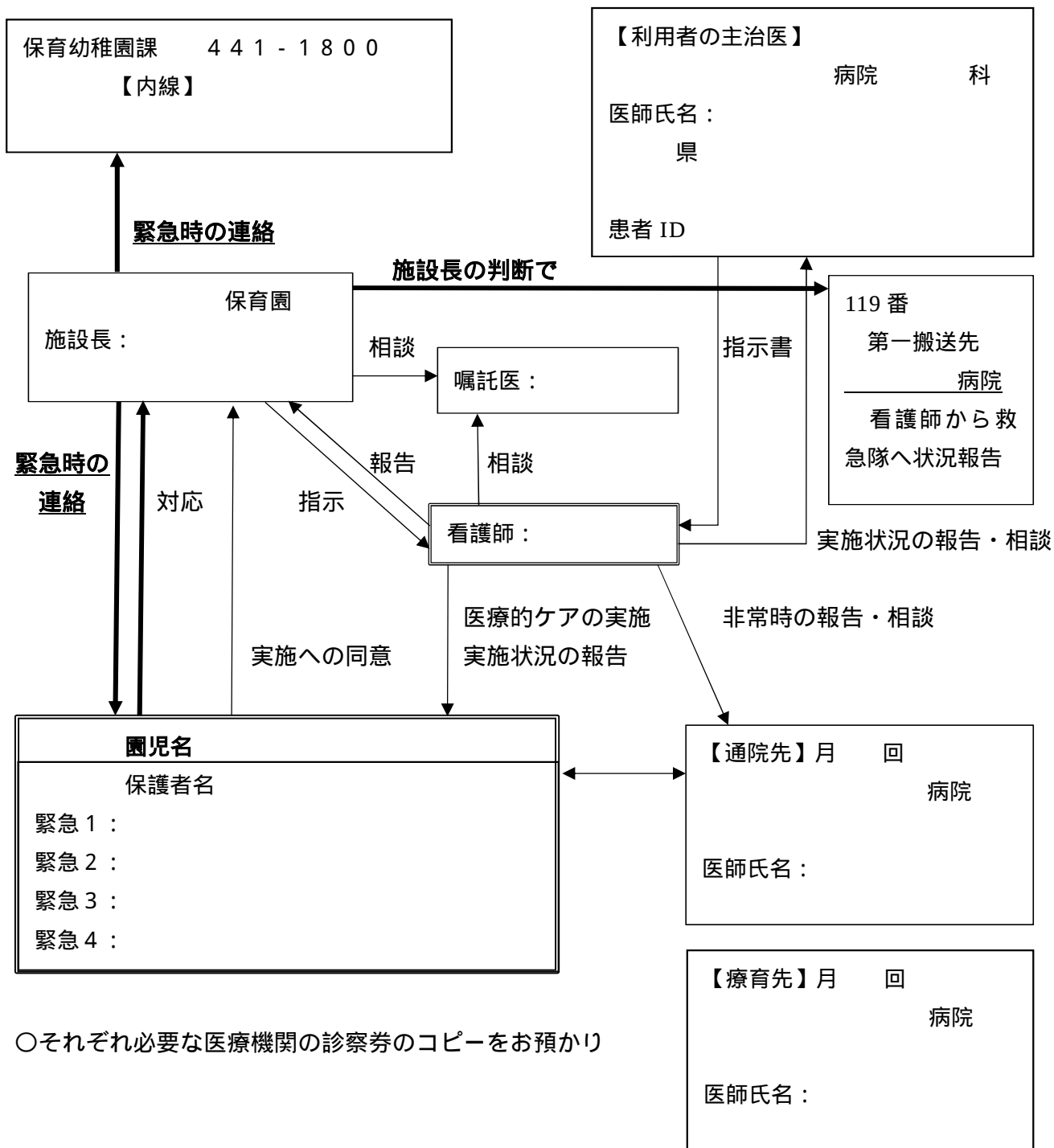
() 保育園 施設長 様

保護者住所
保護者氏名

(様式 2 - 4)

【 保育園 】

氏名 () に係る緊急連絡体制・連携体制表



(様式 3 - 1)

医療的ケア実施申請書 (継続用)

1 . 医療的ケアの実施を申し込む児童

ふりがな		性別	生年月日 (年齢)
申込児童氏名			年 月 日 (歳 か月)
現住所			
電話番号		緊急連絡先	氏名 続柄 電話番号

2 . 保育所等で実施を希望する医療的ケアの内容及び方法

(該当するに項目にチェックし、回数等を記入する。また、変更の有無に○をつける。)

保育所等に依頼する 医療的ケアの内容	☐ 喀痰吸引 (口・鼻・気管カニューレ内) ☐ 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう) ☐ 導尿 ☐ 人工肛門 (ストーマ) の管理 ☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射 ☐ 酸素療法 (カニューレ・マスク) 酸素流量 L/分 SP02 % 以下の場合 () ☐ その他	回数 回数 回数 回数 回数 回数	回/日 回/日 回/日 回/日 回/日 回/日
医療的ケアの内容の 変更の有無	有 ・ 無		

3 . 医療的ケアに関する主治医の意見書 (別紙添付のこと)

戸田市福祉事務所長 様

上記の医療的ケアについて、保育所等での実施を申し込みます。

年 月 日

保護者氏名 _____

(様式 3 - 2) お子さんの記録 (医療的ケア児：継続用)

年 月 日

児童氏名	性別	生年月日	年齢
(ふりがな)		年 月 日	歳 か月

受診先医療機関名	
診断名	
保育所等に依頼する 医療的ケアの内容	☐ 喀痰吸引（口・鼻・気管カニューレ内） 回数 回/日 ☐ 経管栄養（経鼻・胃ろう・腸ろう） 回数 回/日 ☐ 導尿・自己導尿（一部要介助・完全要介助） 回数 回/日 ☐ 人工肛門（ストーマ）の管理 回数 回/日 ☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射 回数 回/日 ☐ 酸素療法（カニューレ・マスク） 酸素流量 L/分 SPO2 %以下の場合（ ） ☐ その他（ ）
服薬状況	☐ 有（ ） 回数 回/日 ☐ 無
呼吸状態	呼吸障がい ☐ 有（ ） ☐ 無
摂食・嚥下状態	経口摂取 ☐ 可 ☐ 一部可 ☐ 不可 食形態 ☐ 普通食 ☐ 離乳食 ☐ その他（ ） 誤嚥の有無 ☐ 有（よくある・時々・まれにある） ☐ 無
排尿・排便状態	排尿・排便障がい ☐ 有（内容 ☐ 無
アレルギー	☐ 有（ ） ☐ 無
発作の状態	けいれん発作 ☐ 有（内服薬 ） ☐ 無 発作の様子： 発作時の対応：
児童の体重	
保育所等での留意事項	（例：運動の制限・行事への参加等）

(様式 3 - 3)

() 保育園

医療的ケアに関する指示書(0～2歳児用)

標記の件について、下記のとおり指示いたします。 指示期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

児童氏名	生年月日	
診断名		
主症状		
服薬状況		
医療的ケアの項目	☐ 喀痰吸引(口・鼻・気管カニューレ内) ☐ 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) ☐ 導尿 ☐ 人工肛門(ストーマ)の管理 ☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射 ☐ 酸素療法(カニューレ・マスク)	
☐ 喀痰吸引	☐ 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ () Fr. 吸引圧 () cm H2O 以下 鼻からの挿入の長さ () cm 口からの挿入の長さ () cm ☐ 気管カニューレからの吸引 吸引カテーテルのサイズ () Fr. 吸引圧 () cm H2O 以下 (または気管内吸引)カニューレ入り口からの挿入の長さ () cm 1 吸引の頻度 ☐ 喘鳴毎 ☐ () 分毎 ☐ その他() 2 注意事項等 ()	
☐ 気管切開部の観察	1 気管切開の状態 ☐ 単純気管切開 ☐ 咽頭気管分離 ☐ その他() 2 肉芽について ☐ 有 ☐ 無 3 カニューレについて 種類 () 内径 () mm 入り口から先端までの長さ () cm 4 カニューレ抜去時、気管切開部・気管内出血時の対応、その他注意事項等 ()	
☐ 経管栄養	1 鼻腔留置チューブ サイズ() Fr. 挿入長さ () cm 2 注入回数・内容等 ・1日 () 回注入のうち、園で注入が必要な回数は () 回 ・園での対応時間 (:) (:) (:) ・1回の注入時間 (分 ~ 分) ・内容・量 () 3 注入時の体勢 4 チューブ抜去時の対応 5 注意事項等 ()	
☐ 導尿	1 回数・時間 1日 () 回実施 () 時間毎実施 ・園内で実施する時間 (:) (:) (:) 2 カテーテル ・カテーテルの種類 () サイズ () Fr. ・尿道に挿入する長さ () cm 用手圧迫 ☐ 可 ☐ 不可 3 注意事項等 ()	
☐ 人工肛門(ストーマ)	1 回数 ・1日 () 回実施 2 注意事項等 ()	
☐ 酸素療法(カニューレ・マスク)	1 酸素流量 () L/分 SPO2 () % 以下の場合 () 2 注意事項等 ()	
☐ 血糖値測定等	1 回数・時間 ・1日 () 回測定・園内での測定時間(:) (:) 2 血糖測定後の対応 3 低血糖時 () 高血糖時 () 4 注意事項等 ()	
緊急時の対応		
保育の制限	☐ 制限なし (同年齢児童と同等度の生活・運動が可能) ☐ 制限あり 裏面の「保育のめやす」の該当項目にチェックしてください。	

裏面あり

年 月 日

医療機関名

医師氏名

保育のめやす（0～2歳児用）

下記の表は通常保育活動です。

年齢に関係なく可能な項目に印をつけてください。

年齢相当以下であれば、おおむね相当する年齢欄に記入ください。

年齢別活動内容（利用クラス）		軽い運動	中等度の運動	強い運動
	0歳児	☐ 腕や足の曲げ伸ばしや開閉をする ☐ すべり台（室内用）を大人にさせてもらう ☐ 抱っこされる	☐ 手を握って体を起こす ☐ 散歩（10分程度） ☐ 抱っこして左右に揺らす	☐ 水遊び（手足に水をつける） ☐ 布に乗せてゆらす ☐ 激しく泣く ☐ 音楽に合わせて全身を揺らす
	1歳児	☐ 砂あそび ☐ すべり台を自分ですべる ☐ ボールを追う	☐ 散歩（____分程度まで可能） ☐ 階段の昇り降り（____段位）（室内2往復程度） ☐ コンビカー（四輪ミニカー）に乗る	☐ 走る（____分程度まで可能） ☐ 水遊び（腰まで水につける） ☐ 坂登り ☐ 音楽に合わせて全身を動かす
	2歳児	☐ 砂あそび ☐ すべり台を自分ですべる ☐ その場でジャンプする	☐ 散歩（最高2km往復40分程度） ☐ 階段の昇り降り（歩道橋等） ☐ 三輪車をこぐ ☐ ボールを投げたり蹴ったりする	☐ 走る（____分程度まで可能） ☐ 水遊び（胸まで水につける） ☐ プール遊び（プール内15分程度） ☐ 高いところから飛び降りる（50cmくらい） ☐ 音楽に合わせてリズムカルに動く

生 活	行 事 その他	保育時間
☐ シャワー ☐ 清拭 ☐ 沐浴 ☐ うす着	☐ 遠足 徒歩 ☐ 運動会 ☐ 遠足 バス	☐ 通常保育時間（8 時間 ・ 11 時間） ☐ 保育時間制限必要（ 時間）
所 見		
☐呼吸困難 頻呼吸 ☐ SpO2 の低下 ☐ 分泌物の増加 ☐ 脈の異常(頻脈) ☐けいれん ☐その他 [] ☐特になし		

	A	B	C	D
指導区分	基本生活は可能だが 運動は不可	軽い運動には 参加可	中等度の運動まで 参加可	強い運動にも 参加可

該当する指導区分に○をしてください。

『軽い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。

『中等度の運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で身体の高い接触を伴わないもの。

『強い運動』...同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。

(様式3 - 4)

() 保育園

医療的ケアに関する指示書(3～5歳児用)

標記の件について、下記のとおり指示いたします。 指示期間(年 月 日 ~ 年 月 日)

児童氏名	生年月日	
診断名		
主症状		
服薬状況		
医療的ケアの項目	☐ 喀痰吸引(口・鼻・気管カニューレ内) ☐ 経管栄養(経鼻・胃ろう・腸ろう) ☐ 導尿 ☐ 人工肛門(ストーマ)の管理 ☐ 血糖値測定 ☐ インスリン注射 ☐ 酸素療法(カニューレ・マスク)	
☐ 喀痰吸引	☐ 鼻、口からの吸引 吸引カテーテルのサイズ () Fr. 吸引圧 () cm H ₂ O 以下 鼻からの挿入の長さ () cm 口からの挿入の長さ () cm ☐ 気管カニューレからの吸引 吸引カテーテルのサイズ () Fr. 吸引圧 () cm H ₂ O 以下 (または気管内吸引)カニューレ入り口からの挿入の長さ () cm 1 吸引の頻度 ☐ 喘鳴毎 ☐ () 分毎 ☐ その他() 2 注意事項等 ()	
☐ 気管切開部の観察	1 気管切開の状態 ☐ 単純気管切開 ☐ 咽頭気管分離 ☐ その他() 2 肉芽について ☐ 有 ☐ 無 3 カニューレについて 種類 () 内径 () mm 入り口から先端までの長さ () cm 4 カニューレ抜去時、気管切開部・気管内出血時の対応、その他注意事項等 ()	
☐ 経管栄養	1 鼻腔留置チューブ サイズ() Fr. 挿入長さ () cm 2 注入回数・内容等 ・1日 () 回注入のうち、園で注入が必要な回数は () 回 ・園での対応時間 (:) (:) (:) ・1回の注入時間 (分 ~ 分) ・内容・量 () 3 注入時の体勢 4 チューブ抜去時の対応 5 注意事項等 ()	
☐ 導尿	1 回数・時間 1日 () 回実施 () 時間毎実施 ・園内で実施する時間 (:) (:) (:) 2 カテーテル ・カテーテルの種類 () サイズ () Fr. ・尿道に挿入する長さ () cm 用手圧迫 ☐ 可 ☐ 不可 3 注意事項等 ()	
☐ 人工肛門(ストーマ)	1 回数 ・1日 () 回実施 2 注意事項等 ()	
☐ 酸素療法(カニューレ・マスク)	1 酸素流量 () L/分 SPO ₂ () % 以下の場合 () 2 注意事項等 ()	
☐ 血糖値測定等	1 回数・時間 ・1日 () 回測定・園内での測定時間(:) (:) 2 血糖測定後の対応 3 低血糖時 () 高血糖時 () 4 注意事項等 ()	
緊急時の対応		
保育の制限	☐ 制限なし (同年齢児童と同等度の生活・運動が可能) ☐ 制限あり 裏面の「保育のめやす」の該当項目にチェックしてください。	

裏面あり

年 月 日

医療機関名

医師氏名

保育のめやす（３～５歳児用）

下記の表は通常保育活動です。
年齢に関係なく可能な項目に印をつけてください。
年齢相当以下であれば、おおむね相当する年齢欄に記入ください。

年齢別活動内容（利用クラス）		軽い運動	中等度の運動	強い運動
	3歳児	☐ 砂あそび ☐ すべり台をすべる ☐ ボールを投げたり、蹴ったりする	☐ 散歩(____分まで) (最高 3 km往復 50 分程度) ☐ 階段の昇り降り(____階程度) (歩道橋等) ☐ 鉄棒のぶらさがり ☐ 三輪車をこぐ ☐ マット遊び	☐ 走る(____m 程度まで)(____分まで) (鬼ごっこ休憩しながら 20 分程度) (長距離かけっこ 200m) ☐ プール遊び(プール内 15 分程度) ☐ 高いところから飛び降り(60cm 程度) ☐ 水遊び ☐ 音楽に合わせて全身を動かす
	4歳児	☐ 砂あそび ☐ すべり台をすべる ☐ ボールを投げたり、蹴ったりする	☐ 散歩(____分まで) (最高 4 km往復 1 時間程度) ☐ 階段の昇り降り(____階程度) (歩道橋等) ☐ 鉄棒の前まわり・足抜きまわり ☐ 登り棒を補助されて登る ☐ 水遊び	☐ 走る(____m 程度まで)(____分まで) (鬼ごっこ休憩しながら 30 分程度) (長距離かけっこ 300m) ☐ プール遊び(プール内 20 分程度) ☐ ドッジボール ☐ 相撲 ☐ 太鼓橋を渡る ☐ 縄跳び ☐ 音楽に合わせて全身を動かす
	5歳児	☐ 砂あそび ☐ すべり台をすべる ☐ ボールを投げたり、蹴ったりする	☐ 散歩(____分まで) (最高 5 km往復 1 時間 15 分程度) ☐ 鉄棒の前まわり ☐ ものを運ぶ(給食・バケツの水) ☐ 登り棒を自分で上まで登る ☐ 太鼓橋を渡る ☐ 水遊び	☐ 走る(____m まで)(____分まで) (鬼ごっこ休憩しながら 40 分程度) (長距離かけっこ 500m) ☐ プール遊び(____分まで) (プール内 20～30 分程度) ☐ とび箱を助走して跳ぶ ☐ 鉄棒の逆上がり ☐ 縄跳び ☐ ドッジボール ☐ 相撲 ☐ サッカー ☐ 音楽に合わせて全身を動かす

生 活	行 事 その他	保育時間
☐ シャワー ☐ 清拭 ☐ 素足で活動 ☐ 午睡準備(布団運び) ☐ うす着	☐ 遠足 徒歩 ☐ 運動会 ☐ 遠足 バス	☐ 通常保育時間（８時間 ・ 11 時間） ☐ 保育時間制限必要（ 時間 ）
所 見		
☐ 呼吸困難 頻呼吸 ☐ SpO2 の低下 ☐ 分泌物の増加 ☐ 脈の異常(頻脈) ☐ けいれん ☐ 嘔吐 ☐ その他 ☐ 特になし		

指導区分	A	B	C	D
	基本生活は可能だが運動は不可	軽い運動には参加可	中等度の運動まで参加可	強い運動にも参加可

該当する指導区分に○をしてください。

『軽い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動。

『中等度の運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動で身体の強い接触を伴わないもの。

『強い運動』…同年齢の平均的乳幼児にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。

医療的ケア終了届

戸田市福祉事務所長 様

このことについて、保育所等に登園する医療的ケア児に対して、保育所等での医療的ケアの実施が必要なくなりましたので、保育所等での医療的ケアを終了することを届け出ます

1 対象児童

施設名			
ふりがな		性別	生年月日(年齢)
児童氏名			年 月 日(歳 か月)
現住所			
電話番号		緊急連絡先	氏名 続柄 電話番号

年 月 日

保護者氏名 _____

(自署でない場合は、氏名の隣に押印してください)

【主治医による意見】

上記児童について、下記の理由により、保育所等で医療的ケアの実施が不要と判断しました。

■ 不要と判断した理由

■ 終了年月日 年 月 日

■ 特記事項

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

電話番号

医師氏名

印

(様式 5 - 1)

医療的ケア支援計画

施設長	主任	記入者

(保育園)

____ 年 月 ~ 年 月

(ふりがな) 児童氏名		生年月日	年 月 日
		クラス名	
保育目標			
医療的ケア の状況			
医療的ケア に関する情報			
問題点			
家庭との連携			
評価			

状況が変わった場合は、随時加筆・修正する。

(様式 5 - 2)

医療的ケア日誌

(保育園)

クラス・児童氏名 : _____

医療的ケアの種類 : _____

年 月 日 ()	施設長		主任		看護師	
家庭での様子及び連絡	保育所等での様子			医療的ケアの状況		

年 月 日 ()	施設長		主任		看護師	
家庭での様子及び連絡	保育所等での様子			医療的ケアの状況		

年 月 日 ()	施設長		主任		看護師	
家庭での様子及び連絡	保育所等での様子			医療的ケアの状況		

(様式 5 - 3)

医療的ケアに係るヒヤリハット報告書

施設長	主任

作成日	
施設名	
記入者	

[illegible]