

医療的ケアが必要なお子様の保育所等見学カード

ご記入いただき、施設見学にご持参ください。 ※保育所等にて写しを取らせていただく場合があります。

記入日： 年 月 日

ふりがな
子ども氏名 _____ 男・女 _____ 年 月 日生まれ
(歳 ヶ月)

住所 _____ 連絡先 _____

かかりつけの医療機関 _____

1 診断名

診断名	
-----	--

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

医療的ケア内容	保育所等で実施を希望する回数・時間など
経管栄養（注入方法） <input type="checkbox"/> 鼻からのチューブ <input type="checkbox"/> 胃からのチューブ <input type="checkbox"/> 腸からのチューブ	<input type="checkbox"/> 実施を希望する回数（ ）回 時間（ ） <input type="checkbox"/> 注入するもの <input type="checkbox"/> ミルク（ ml/回・持続注入） <input type="checkbox"/> その他（種類： ）（ ml/回・持続注入） <input type="checkbox"/> その他 経口摂取 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（具体的に： ）
導尿	<input type="checkbox"/> 実施を希望する導尿回数（ ）回 実施時間（ ） <input type="checkbox"/> 自尿（オムツ内やトイレ等での排尿） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> その他（ ）
たん吸引 <input type="checkbox"/> 口からの吸引 <input type="checkbox"/> 鼻からの吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開からの吸引	<input type="checkbox"/> 実施を希望する回数 <input type="checkbox"/> 適宜 <input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください）
酸素吸入（吸入方法） <input type="checkbox"/> 鼻カニューレ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 実施を希望する内容 酸素の流量（ L/分） 酸素投与の方法 <input type="checkbox"/> ボンベ <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 園で実施を希望する頻度等 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> その他（ ）
ネブライザー吸入	<input type="checkbox"/> 実施を希望する回数（ ）回 時間（ ） <input type="checkbox"/> 使用する薬剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→薬剤名（ ）量（ ml/回）
血糖値測定 インスリン注射	<血糖値測定> <input type="checkbox"/> 実施を希望する回数（ ）回 時間（ ） <input type="checkbox"/> 実施方法 <input type="checkbox"/> 随時血糖測定 <input type="checkbox"/> 連続皮下ブドウ糖濃度測定 <input type="checkbox"/> その他（ ） <インスリン注射> <input type="checkbox"/> 実施を希望する回数（ ）回 時間（ ） インスリンの種類（ ）量（ ）単位/回 <input type="checkbox"/> 低血糖時の対応等（具体的に）

