施設長→保護者

年 月 日

様式５

保護者氏名 様

 施設長

医療的ケア実施通知書

申し込みのありました医療的ケアについて、下記のとおり実施することとしますので、通知します。

記

１　子ども氏名 　　性別　　男・女　　　　年齢 歳

 　　生年月日　　　　年　　　　月 日生

２　教育・保育施設名

３　実施する医療的ケアの内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療的ケアの内容 | 実施方法と留意事項 | 医療的ケアの実施者 |
| ①口腔内の喀痰吸引 |  |  |
| ②鼻腔内の喀痰吸引 |  |  |
| ③気管カニューレ内の喀痰吸引 |  |  |
| ④胃ろうまたは腸ろうによる経管栄養 |  |  |
| ⑤経鼻経管栄養 |  |  |
| ⑥その他（　　　　　　　） |  |  |

４　緊急時の対応

（１）緊急事態発生時は、主治医の指示内容を下に、連携する病院に連絡を行い、必要な措置を講じます。同時に保護者等に連絡します。

（２）保護者は、常に連絡が取れる体制を整え対応をお願いいたします。

５　留意事項

（１）定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を保育施設に連絡ください。

（２）登園時、子どもの健康状態について担任、看護師等に連絡し、当日医療的ケアの内容について確認し合ってください。

（３）医療的ケアの実施に必要な用具、消耗品の点検・補充をお願いします。

（４）使用後の物品についてはご家庭持ち帰り処分をお願いします。

（５）災害時に備え、内服薬等は必要数を毎日ご持参ください。