

医療的ケア児保育所等利用事前相談票

| | | | |
|----------|---|----------|---|
| 相談日 | 令和 年 月 日 | 相談回数 | 回目 |
| 相談者氏名 | フリガナ | 連絡先 | |
| | | 児童との続柄 | 父 ・ 母 ・ その他（ ） |
| 入所希望児童氏名 | フリガナ | 生年月日(年齢) | 平成 ・ 令和 年 月 日 |
| 住所 | 〒 | | |
| 入所希望時期 | 令和 年 月 | 希望クラス年齢 | 歳児クラス |
| 入所要件 | 父（氏名： ） | | 母（氏名： ） |
| | <input type="checkbox"/> 就労（就労中・就労予定・育休復帰・自営業） <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 就学 | | <input type="checkbox"/> 就労（就労中・就労予定・育休復帰・自営業） <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 育児休業 <input type="checkbox"/> 疾病・障がい <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 求職中 <input type="checkbox"/> 就学 |
| 利用希望時間 | 登園時間（ : ） ～ 降園時間（ : ） ※通勤時間も含めて記入ください。 | | |
| 入所希望園 | | | |
| 第1希望 | | | （ 見学済 ・ 未 ） |
| 第2希望 | | | （ 見学済 ・ 未 ） |
| 第3希望 | | | （ 見学済 ・ 未 ） |
| 第4希望 | | | （ 見学済 ・ 未 ） |
| 第5希望 | | | （ 見学済 ・ 未 ） |

| | | | | |
|------------------------------|---|----------------|--------------------------|-------------|
| 該当する医療的ケアに○をつけてください。 | | | | |
| 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう) | <input type="checkbox"/> | 口から食べている | <input type="checkbox"/> | 鼻からチューブで入れる |
| | <input type="checkbox"/> | おなかからチューブで入れる | <input type="checkbox"/> | 首の近くから点滴 |
| | <input type="checkbox"/> | その他 | | |
| 吸引 (口腔・鼻腔内・気管切開・気管カニューレ内) | <input type="checkbox"/> | 喉にチューブがついている | <input type="checkbox"/> | 人工呼吸器を使っている |
| | <input type="checkbox"/> | 管やマスクで酸素を吸っている | <input type="checkbox"/> | 痰を器械でとる |
| | <input type="checkbox"/> | その他 | | |
| 導尿 | <input type="checkbox"/> | 管を入れて尿を出す | <input type="checkbox"/> | オムツを使用 |
| | <input type="checkbox"/> | その他 | | |
| 血糖管理 | <input type="checkbox"/> | 器械を使って血糖値を測る | <input type="checkbox"/> | 毎日注射をしている |
| | <input type="checkbox"/> | 毎日薬を飲ませている | <input type="checkbox"/> | |
| アレルギーの有無 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒内容 | | | |

特記事項