

年 月 日

（保護者名） 様

保育所等名： _____
 施設長名： _____
 所在地： _____
 連絡先： _____

医療的ケア実施開始通知書

当施設で実施する医療的ケアについて下記のとおり開始しますので通知します。

児 童 名	男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
医療的ケア の 内 容					
実施期間	年 月 日から 年 月 日まで				
緊 急 時 の 対 応	(1) 緊急時は、主治医の指示内容、搬送先医療機関、主治医及び保護者の緊急連絡先等が記載された対応マニュアルに基づき対応します。 (2) 保護者は、常に連絡が取れる体制を整え、緊急時には速やかに対応してください。				
そ の 他 留 意 事 項	(1) 原則として医療的ケアの実施に必要な医療機器、医療用具、消耗品等は保護者が準備するとともに、必要な点検、整備を行ってください。 (2) 主治医に対する診療報酬及び文書料並びに医療的ケアに必要な消耗品等については、保護者負担とします。 (3) 登園時に子どもの健康状態について、担任保育士及び担当看護師等に伝達してください。 (4) 定期的に主治医の診察を受け、「医師受診結果連絡票」（第10号様式）を保育所等及び本市に提出してください。 (5) その他、保育所等の長が安全安心な保育の提供に係る調整を求めた場合は協力するよう努めてください。				