

（保護者名） 様

保育所等名： _____

代表者名： _____

所在地： _____

連絡先： _____

医療的ケア実施計画書

対象児童に対する医療的ケアについて下記のとおり実施計画書を提出します。

児 童 名		男 女	年 齢	歳	生年 月日	年 月 日生
作 成 者	(職名)	(氏名)				
実施担当者	(職名)	(氏名)				
利用可能な保育時間 ※原則月曜日から金曜日までの8時 30分から16時30分まで						
医療的ケアの内容	実施手順			準備物・留意点		

予想される緊急時の対応	
予想される緊急時の状態	対 応

医師受診結果連絡票（第10号様式） の提出時期（又は、頻度）について	
---------------------------------------	--