

（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）  
の提出について

--