

医療的ケア児保育所等利用事前相談票

相談回数	初回 ・ 継続()回目	記載日	R 年 月 日
相談者氏名		連絡先	
		児との関係	
利用希望児氏名 ふりがな 児童名	男 ・ 女	生年月日	H ・ R 年 月 日
		年齢	歳 か月
住所	〒	電話番号①	(父・母・その他())
		電話番号②	(父・母・その他())
利用開始希望時期	R 年度		
利用希望理由 ✓をつけて ください	父〔氏名： 〕	母〔氏名： 〕	
	☐ 就労 ☐ 障害 ☐ 求職中 ☐ 育休中の利用継続	☐ 介護・看護 ☐ 通学 ☐ 災害の復旧 ☐ その他	☐ 病気・けが ☐ 災害の復旧 ☐ その他
利用希望時間	通勤時間を含める 登園時間(:)～降園時間(:)		
利用希望園	第1希望	第4希望	
	第2希望	第5希望	
	第3希望	第6希望	
見学希望	有 ・ 無		

現在のお子さんの該当する医療的ケア等に✓をつけてください

□経管栄養	□経鼻 □胃ろう □腸ろう □その他() 注入方法(□シリンジ □イルリガードル)
□喀痰吸引	□口から □鼻から □気管カニューレから □その他() 吸引頻度(回／ 時間)
□導尿	□自己導尿(回／日) □自己導尿の補助(回／日) □その他()
□血糖管理	□血糖値測定(□持続自己血糖測定 □血糖自己測定) □インスリン注射(□ポンプ □ペン型)
□酸素療法	□酸素カヌラ □酸素マスク □高流量鼻カヌラ
□点滴	□中心静脈栄養
□人工呼吸器	□人工呼吸器
□その他	

※保育こども園課使用欄

(相談日 R 年 月 日)

相談担当者:

特記事項: