様式1

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　□病気・けが □障害　□介護・看護　□災害の復旧 □求職中　□通学　□その他 □育休中の利用継続	□就労　□病気・けが □障害　□介護・看護　□災害の復旧 □求職中　□通学　□その他 □育休中の利用継続	
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：

保護者　→　保育こども園課（原本）