

保護者 様

施設名 _____

医療的ケア実施通知書

入所希望の相談がありました医療的ケア児について、下記のとおり決定いたしました。

児 童 名		児 童 生年月日	年 月 日
医 療 的 ケ ア の 内 容	項 目	実施する範囲	
	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他		
実 施 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

【留意事項】

- (1) 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示内容を施設に連絡ください。
- (2) お子さんの健康状態や体調について、施設長や保育士、看護師等に連絡を行い、情報共有及び連携を行うようご協力ください。
- (3) 医療的ケアの実施に必要な医療機器・器具、消耗品の点検・管理・補充をお願いします。

【緊急時の対応】

- (1) 緊急事態発生時は、主治医の指示内容を下に、連携する病院に連絡を行い、必要な措置を講じます。同時に保護者にも連絡します。
- (2) 保護者は、常に連絡が取れる体制を整えていただきますようお願いします。