

X 放課後留守家庭児童会で実施する医療的ケアについて

本市の放課後留守家庭児童会（以下「青い鳥教室」という。）は、小学校敷地内又は近接する位置に所在しており、全て丸亀市（市教育委員会総務課所管）が運営しています。このため、通学する小学校において医療的ケアを実施している児童が青い鳥教室を利用する場合には、学校教育課と連携し看護師の確保等を行うものとします。

1 受入れの要件

- ① 病状や健康状態が安定していること。
- ② 日常的に保護者が自宅で行っている医療的ケアが確立かつ安定していること。
- ③ 病状や医療的ケアに関する情報を保護者と青い鳥教室で十分に共有できること。
- ④ 青い鳥教室や看護師が必要に応じて受診同行や面談等で、主治医との連携を図ることができること。
- ⑤ 該当青い鳥教室での受入れ体制（人員配置や施設環境）が整えられていること。

2 対象児童

利用を希望する青い鳥教室が所在する丸亀市立小学校に通っている児童で、当該小学校において、医療的ケアを受けているものです。

※青い鳥教室の利用要件に当てはまる児童に限ります。

3 医療的ケアが可能な時間帯

青い鳥教室において医療的ケアを実施できる時間は、対象児童が青い鳥教室を利用する時間の範囲内とします。

4 医療的ケアの対応者

丸亀市（市教育委員会総務課所管）では、医療的ケアの実施に関する業務を訪問看護ステーション等に委託します。委託業者は、医療的ケア児支援者を選任し、医療的ケア児支援者が中心となり、保護者、主治医等と連携をとりながら、各施設・学校に専門的な知識を有する訪問看護師等を派遣します。看護師は、医師の指示に基づいて医療的ケアを実施することとし、安全確保のために支援員も保育中の児童の見守りや医療行為に該当しない範囲での補助等を行います。

看護師に突発的な事象が発生した場合や、やむを得ない場合には、保護者に協力を依頼する場合があります。

※医療的ケア児支援者は、看護師への助言指導や関係機関との連絡調整、緊急対応マニュアル作成等の業務を担うもので、医療的ケア児等コーディネーターの資格を有する者が望ましい。

XI 申込みの流れと手続

1 青い鳥教室での医療的ケア開始に向けての手続の流れについて

手続の流れ	内 容
① 利用相談	<p>保護者が青い鳥教室の利用を希望する場合は、学校教育課に対して医療的ケア実施の利用相談を行う際に、青い鳥教室の利用を希望する旨の申出を行い、学校教育課は、当該申出があったときは、総務課にその旨を連絡します。</p> <p>連絡を受けた総務課は、学校教育課とともに利用相談に対応します。</p>
② 利用申込み	<p>学校教育課に提出された「医療的ケア実施申込書」（小中用様式1）、「医療的ケアに係る調査票」（小中用様式2）及び「医療的ケアに関する主治医意見書」（小中用様式3）を、総務課と共有するものとします。</p> <p>学校での医療的ケア実施の申込みと同時に青い鳥教室を利用しない場合は、総務課に対し別途「医療的ケア実施申込書」（青い鳥用様式1）及び「医療的ケアに係る調査票」（青い鳥用様式2）の提出が必要です（医療的ケアに関する主治医意見書は、学校教育課に提出されたものを共有できる場合は、再度提出する必要はありません。）。</p> <p>※青い鳥教室の利用申込みは別途必要です。</p>
③ 連携相談①	<p>学校での医療的ケア実施に係る連携相談に総務課と青い鳥教室担当者が参加します。その際学校教育課に提出された「医療的ケアを必要とする児童・生徒の教育に関する確認書兼同意書」（小中用様式4）は、総務課と共有します。</p> <p>学校での医療的ケア実施の申込みと同時に青い鳥教室を利用しない場合は、総務課が主体となり必要な連携相談を行うこととし、別途「医療的ケアを必要とする児童の保育に関する確認書兼同意書」（青い鳥用様式4）の提出が必要です。</p>
④ 利用調整	<p>連携後、総務課が、実施に向けて今後の予定などを調整し、保護者、青い鳥教室及び看護師に連絡します。</p>
⑤ 主治医指示書提出	<p>青い鳥教室を利用する場合の「医療的ケア実施に関する指示書」（小中用様式5）は、学校での医療的ケアの実施に加え、青い鳥教室での医療的ケアの実施に関する指示も記載してもらってください。総務課は、指示書の内容について、看護師等に情報提供し、連携を図ります。</p> <p>学校での医療的ケア実施の申込みと同時に青い鳥教室を利用しない場合は、別途「医療的ケア実施に関する指示書」（青い鳥用様式5）の提出が必要です。</p>
⑥ 連携相談②	<p>保護者、看護師、青い鳥教室及び総務課が、在籍する青い鳥教室で主治医の指示書を基に、医療的ケア実施に向けて具体的な方法等を共通理解します。</p>
⑦ 承諾書の提出	<p>総務課は、「医療的ケア実施通知書」（青い鳥用様式6）により医療的ケアの実施を通知し、それを受け保護者は、「医療的ケア実施承諾書」（青い鳥用様式7）を提出します。</p>

2 医療的ケア実施申込みの際に必要な書類

医療的ケア実施申込みのために、保護者及び主治医が次の文書を作成し、提出する必要があります。

なお、主治医による文書作成等に係る経費については、保護者の負担となります。また、提出された書類などは、青い鳥教室等と共有されます。

【青い鳥用様式1】	医療的ケア実施申込書 医療的ケアの実施を希望する場合、また依頼内容に変更がある場合に提出をします。関係機関との情報共有や主治医からの意見聴取に同意を示すものです。
【青い鳥用様式2】	医療的ケアに係る調査票 医療的ケアを受ける児童・生徒について、共通理解を図るものです。
【青い鳥用様式3】	医療的ケアに関する主治医意見書 主治医意見書は児童・生徒の基礎疾患等に係る状況を示し、健康管理を実施する上での情報とするものです。医療的ケアを行えば、青い鳥教室において通常の保育が可能かどうかの主治医の意見を確認します。 ※原則として小中学校用に提出されたものを共有します。
【青い鳥用様式4】	医療的ケアを必要とする児童の保育に関する確認書兼同意書 医療的ケアを受ける際の確認事項について同意を示すものです。
【青い鳥用様式5】	医療的ケア実施に関する指示書 医療的ケアを行うときの主治医からの指示書です。この指示書を基に医療的ケアを行います。
【青い鳥用様式6】	医療的ケア実施通知書 青い鳥教室において医療的ケアを実施することを通知するものです。
【青い鳥用様式7】	医療的ケア実施承諾書 青い鳥教室内での医療的ケアの実施について、計画、内容等に同意したことを示すものです。

3 医療的ケアの内容の変更について

医療的ケア児の発達や心身の状態の変化に伴い、医療的ケアの内容が変更となる場合は、主治医の指示書等を新たに作成してもらい、医療的ケアの実施について再度検討を行います。

XII 医療的ケア実施関係者の役割と確認事項

1 総務課の役割

総務課は、青い鳥教室において医療的ケアを行うため、看護師派遣事業者に依頼して看護師を確保します。

また、実施体制や実施状況を適宜把握し、円滑な医療的ケアが実施できるように、必要に応じて医療的ケアを実施している青い鳥教室に対して指導・助言等を行います。そのために、次の内容を実施します。

- ① 学校における医療的ケア実施内容等の記録について、看護師派遣事業者に定期的に提供を求めること。
- ② 医療的ケア運営協議会の意見を聞きながら、本ガイドラインに沿って着実に医療的ケアが実施できるように、必要に応じてガイドラインの改定等を行うこと。
- ③ その他課題となる事項については、連携相談を開催し、協議すること。

2 青い鳥教室の役割

青い鳥教室は、本ガイドラインの内容を踏まえ、医療的ケア児の安全確保に十分留意する必要があります。そのために、次の内容を実施し、施設内における医療的ケアに関する体制整備に努めます。

- ① 施設の体制及び環境や医療的ケア児の実態を十分に把握したうえで、受入れ教室の支援員等保育者全員での情報共有と医療的ケアの教育的意義の理解、環境整備、緊急時の対応マニュアルの作成等、医療的ケア実施における支援体制を確立しておくこと。
- ② 支援員は、医療的ケア児の発達・発育状況を踏まえて、受入れ教室や生活の流れ、行事への対応、保育の進め方などを保護者と確認しておくこと。
- ③ 支援員は、当該児童をよく観察し、看護師や保護者と連絡を密にとり、安全確保に努めること。

3 看護師派遣事業者の役割

看護師派遣事業者は、丸亀市から委託を受け、青い鳥教室に看護師を派遣し医療的ケアを行います。医療的ケアを実施する場合には、次の事項について遵守するものとします。

- ① 看護師派遣事業者は、医療的ケア児支援者を選任すること。
- ② 医療的ケア児支援者及び看護師は、保護者、主治医及び青い鳥教室と連携をとりながら、医療的ケア児の健康状態を適切に把握し、主治医からの「医療的ケア実施に関する指示書」を基に、「医療的ケア実施計画書」（手順書、緊急的対応マニュアル等の医療的ケアを行う際に必要な書類を含む。）を作成すること。
- ③ 派遣した看護師により「医療的ケア実施計画書」に基づく医療的ケアを確実に遂行すること。
- ④ 看護師や青い鳥教室からヒヤリハット等の事例の報告を受けるとともに、その内容について他に同様の事例が起こらないよう対応を十分検討し、未然防止に努めること。
- ⑤ 医療的ケアの実施報告書を作成し、定期的に総務課に報告すること。
- ⑥ 看護師は、医療的ケア児の今後の自立を目指して、インスリン注射や導尿等の仕方について

の指導を計画的に行うこと。

- ⑦ 医療的ケア児支援者は、青い鳥教室の職員に対して、緊急時の対応や環境整備などについて総合的なアドバイスを行うこと。

4 保護者の役割

青い鳥教室における医療的ケアの実施には、保護者の理解と協力が不可欠です。青い鳥教室内の医療的ケアに関わる全てを看護師に任せるということではありません。医療的ケア児の安全・安心確保のためにも、青い鳥教室、主治医、看護師及び総務課と、しっかりと連携をとることが必要になります。そこで、保護者においても次のことについて理解しておく必要があります。

- ① 家庭における医療的ケアの実施状況や子どもの様子について、看護師及び青い鳥教室に情報提供を行うこと。
- ② 青い鳥教室又は看護師派遣事業者から医療的ケア児の様子について相談等があった場合には主治医に伝えて改善策の助言を得ること。
- ③ 定期的に医療機関へ受診し、その結果等を青い鳥教室に報告すること。
- ④ 看護師の急な不在により、医療的ケアを行えないことがあること。
- ⑤ 常に緊急時の連絡手段を確保し、急な対応にも応じることができること。
- ⑥ 医療的ケアの内容の見直しに関わる情報（主治医の意見や健康状態の変化等）は速やかに青い鳥教室に連絡すること。
- ⑦ 医療的ケアに必要な医療器具等の準備を行うこと。

※医療的ケアに必要な医療器具等の準備に係る経費は保護者負担とします。

XⅢ 様式集

【青い鳥用様式1】 医療的ケア実施申込書

【青い鳥用様式2】 医療的ケアに係る調査票

【青い鳥用様式3】 医療的ケアに関する主治医意見書

【青い鳥用様式4】 医療的ケアを必要とする児童の保育に関する確認書兼同意書

【青い鳥用様式5】 医療的ケア実施に関する指示書

【青い鳥用様式6】 医療的ケア実施通知書

【青い鳥用様式7】 医療的ケア実施承諾書

丸亀市教育委員会教育長 宛

年 月 日

申込者（保護者）住所
氏名

医 療 的 ケ ア 実 施 申 込 書

次のとおり青い鳥教室での医療的ケアの実施について申し込みます。

なお、受入れの検討を行う際、関係機関での必要書類の複写等を行い情報共有が行われること、また、主治医や発達相談所等から児童の意見聴取を行うことについて同意します。

ふりがな 児 童 名		男 女	生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
電 話 番 号 (携帯電話番号)		学校名・ 学年・組			年	学 校 組

○実施を申し込む医療的ケアの内容

必要な医療的ケアの項目に✓をつけ、()内の該当する項目に○又は記入をしてください。

必要な医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ 鼻腔経管栄養 ・ 胃ろう ・ 腸ろう ） <input type="checkbox"/> たん吸引（ 口 ・ 鼻 ・ 気管カニューレ内 ） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理 <input type="checkbox"/> 導尿 ・ 自己導尿（ 一部要介助 ○ 完全要介助 ） <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理
----------	---

○かかりつけ医師

病院名		主治医（名前）	
-----	--	---------	--

○予想される緊急時の対応

予想される緊急時の状態	具体的な対応（緊急搬送先を含む。）

年 月 日

医療的ケアに係る調査票

ふりがな 保護者氏名			電話番号		
住所					
ふりがな 児童名	男 女	生年 月日	年 月 日	年 齢	歳
学校名	小学校	学年・組	年	組	
診断名					
通院・療育 の状況	医療機関名 ()		診療科 ()	通院頻度 (回 /)	
	医療機関名 ()		診療科 ()	通院頻度 (回 /)	
	医療機関名 ()		診療科 ()	通院頻度 (回 /)	
	療育機関名 ()		通所頻度 (回 /)		
手帳等の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ((A)・A・(B)・B) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 (級)				
身長／体重	身長: cm 体重: kg		(測定日: 年 月 日)		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 会話 (単語・二語文・文章)		<input type="checkbox"/> 絵カード	<input type="checkbox"/> 表情	
内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬品名		内服時間 ()		
てんかん	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度		状況 ()		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (
運動機能	首すわり (か月) 寝返り (か月) おすわり (か月) はいはい (か月)				
姿勢・移動	姿勢の 変え方	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 介助 (一部・全部) ※介助時の注意点 ()	
		姿勢の 保ち方	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 介助や支えが必要 ※普段使用している物品 () ※普段よくしている姿勢 ()
	移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> バギー		<input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助・電動) <input type="checkbox"/> その他
排泄	尿	尿意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回 / 日)		
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 導尿 (回 / 日) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	便	便意	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回 / 日) 使用中の薬剤 ()		
		方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 浣腸 (回 / 日) <input type="checkbox"/> その他 ()		

(裏面へ続く)

食 事	方 法 内 容	<input type="checkbox"/> 経 <input type="checkbox"/>	状 況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> 経管栄養	内 容 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> その他 ()		
			種 類 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう		
			製品名 () カテーテルサイズ (Fr)		
			注入内容 ()		
			注入量・回数 ()		
	トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
<input type="checkbox"/> I V H		交換頻度 (1回/)			
血糖値測定		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間 (時, 時, 時)		
インスリン剤		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	時 間 (時, 時, 時)		
呼 吸 管 理	気 管 切 開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	カニューレ製品名 ()		
			交換頻度 (1回/)		
			トラブル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	吸 引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	回 数 (回/時間)		
部 位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内					
カテーテルサイズ (Fr)					
出産時の状況		妊娠期間	(週 日)	単・多	() 胎
		体 重	() グラム	身長	() cm
治療歴		これまでの治療の経緯について (手術をしている場合は、手術歴も記入する。)			
そ の 他		集団生活を送る上で配慮が必要な点			

丸亀市教育委員会教育長 宛

年 月 日

医療的ケアに関する主治医意見書

次のとおり下記児童に係る医療的ケアに関する意見を申し述べます。

医療機関名		所在地	
電話番号		医師氏名 (署名又は記名押印)	

ふりがな 児童名	男 女	生年 月日	年 月 日	年 齢	歳
診 断 名			受 信 状 況	<input type="checkbox"/> 定期 <input type="checkbox"/> 不定期	
青い鳥教室における 集団生活の可否	<p>保育中は、他の児童との接触の機会が多いため、一般的には感染症を防ぐのは難しい環境にあります。</p> <input type="checkbox"/> 青い鳥教室での集団生活は可能 <input type="checkbox"/> 青い鳥教室での集団生活は不可 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）				
必要な 医療的ケア	<input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻腔、胃ろう、腸ろう） <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> たん吸引（口腔、鼻腔、気管カニューレ内） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器による呼吸管理 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 人工肛門の管理				
服薬状況 (処方箋添付可)	<input type="checkbox"/> 有（内容 ） <input type="checkbox"/> 無				
呼吸状況	呼吸障害 <input type="checkbox"/> 有（内容 ） <input type="checkbox"/> 無				
摂食・嚥下の 状況	経口摂取 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 食 形 態 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ペースト状 そ の 他 <input type="checkbox"/> （内容 ）				

(裏面へ続く)

<p>排尿状態</p>	<p>排尿障害 <input type="checkbox"/> 有 (内容) <input type="checkbox"/> 無</p>	
<p>発作の状況</p>	<p>けいれん発作 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (内容) 発作時の対応 <input type="checkbox"/> その場で様子を見る <input type="checkbox"/> その場で座薬を挿入する <input type="checkbox"/> 救急搬送する <input type="checkbox"/> その他 (内容)</p>	
<p>予想される緊急時の状況及び対応</p>	<p>状況・頻度</p>	
	<p>対応</p>	
	<p>緊急搬送の目安</p>	
<p>青い鳥教室での生活上の配慮及び活動の制限</p>	<p>活動中に特別な配慮を <input type="checkbox"/> 必要としない <input type="checkbox"/> 部分的に必要とする <input type="checkbox"/> 常に必要とする (内容) 活動の制限 <input type="checkbox"/> 基本的生活は可能だが運動は不可 <input type="checkbox"/> 軽い運動には参加可 <input type="checkbox"/> 中等度の運動には参加可 <input type="checkbox"/> 体育など、強い運動にも参加可</p>	
<p>その他</p>		

医療的ケアを必要とする児童の保育に関する確認書兼同意書

青い鳥教室における医療的ケア実施の申込みに当たり、次の確認事項を御理解いただいた上で、各項目の確認欄に☑し、御署名をお願いします。

	確認事項	確認欄
1	「医療的ケアガイドライン」をよく読み、理解しました。また、「Ⅶ医療的ケアの実施関係者の役割と確認事項」の内容を理解し、全て了承します。	<input type="checkbox"/>
2	やむを得ない事情により医療的ケアを行う看護師等が勤務できない場合には、保護者が付き添います。	<input type="checkbox"/>
3	青い鳥教室での感染症が一定以上発症した場合の教室利用判断は、保護者等の責任で行います。また、市教育委員会の判断で登校を控えていただく場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
4	市教育委員会が必要と認める場合、保護者等の費用負担で主治医等を受診することを了承します。	<input type="checkbox"/>
5	医療的ケア児の症状に急変が生じ、緊急事態と青い鳥教室が判断した場合は、保護者等へ連絡する前に救急車を要請し、受診又は治療が行われることがあります。なお、それに伴い生じた費用は保護者等の負担になることを了承します。	<input type="checkbox"/>
6	医療的ケア児の病態の変化等により、規定する医療的ケアの内容以外の医療的ケアが必要になった場合は、青い鳥教室に速やかに相談することを了承します。	<input type="checkbox"/>
7	青い鳥教室の人員、設備環境等の状況により、青い鳥教室での医療的ケア児の受入れができなくなる場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
8	医療的ケア児の状況について、保育を実施する上で必要な範囲で、他の児童やその保護者との間で共有する場合があることを了承します。	<input type="checkbox"/>
9	1～8のほか、青い鳥教室との間で取り決めた事項を順守します。	<input type="checkbox"/>

以上の医療的ケアを必要とする児童の保育に関する内容を確認し、同意します。

(署名欄)

年 月 日

保護者（申請者） 氏名			
申込児童氏名		生年月日	年 月 日

年 月 日

医療的ケア実施に関する指示書

医療機関名		所在地	
電話番号		医師氏名 (署名又は記名押印)	

児童名	男 女	生年 月日	年 月 日	年齢	歳
医療的ケア の 内 容	実施方法		指示内容及び配慮事項		
気管切開	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カニューレ製品名 () 交換頻度 1回/			
酸素吸入	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	流量 (%/分) <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 気管内			
吸 引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	回数 約 回/日 部 位 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 カテーテルサイズ(Fr) <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12			
経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう 製品名 () 注入内容 () 注入量・回数 () カテーテルサイズ(Fr) ()			
導 尿	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	カテーテル製品名 () カテーテルサイズ(Fr) () 回 数 約 回/日			

(裏面に続く)

年 月 日

(保護者名) 様

丸亀市教育委員会教育長

医療的ケア実施通知書

申込みがありました医療的ケアについて、下記のとおり実施することとするので通知します。

記

1 児童名

ふりがな 児 童 名		生 年 月 日	年 月 日	年 齢	歳
---------------	--	------------	-------	-----	---

2 青い鳥教室名

	教室	学 年	
--	----	-----	--

3 実施する医療的ケアの内容

医療的ケアの項目	実施する内容

4 緊急時の対応

- (1) 緊急事態発生時は、主治医の指示内容を基に、連携する病院に連絡を行い、必要な措置を講じます。同時に保護者等に連絡します。
- (2) 保護者は、常に連絡が取れる体制を整え対応をお願いします。

5 留意事項

- (1) 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を青い鳥教室にご連絡ください。
- (2) 送迎時に、児童の健康状態について、支援員や看護師等に連絡し、当日実施する医療的ケアの内容について確認し合ってください。
- (3) 医療的ケアの実施に必要な用具、消耗品の点検・補充をお願いします。
- (4) 使用後の物品については、家庭に持ち帰り処分をお願いします。
- (5) 災害時に備え、内服薬等は必要数を毎日ご持参ください。

(青い鳥用様式7)

丸亀市教育委員会教育長 宛

年 月 日

(教室名)

(児童名)

(生年月日)

(保護者名)

医療的ケア実施承諾書

実施通知書及び医療的ケア実施ガイドラインの内容について十分な説明を受け、承諾しました。

つきましては、実施通知書等に定められた内容に沿って、医療的ケアを実施いただきますよう依頼します。

なお、医療的ケア児が受診する際に、職員又は看護師等が同行し、青い鳥教室における実施状況を主治医に報告し、必要な指示を受けることにも同意します。