

年 月 日

医療的ケア実施通知書

(保護者名) 様

施設名：
_____代表者名：
_____所在地：
_____電話番号：

申し込みのありました医療的ケアについて、下記のとおり実施します。

記

ふりがな		生年 月日	年 月 日
児童名			
医療的ケアの内容	医療的ケアの項目	実施する範囲	
実施期間	年 月 日から 年 月 日まで		
緊急時の対応	1 緊急時は、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、保護者の緊急連絡先に連絡します。 2 保護者は、常に連絡が取れる体制を整え、緊急時には速やかに対応をお願いします。		
その他留意事項	1 定期的に主治医の診察を受け、結果や指示を保育所等に連絡ください。 2 登園時、子どもの健康状態について担任、看護師等に連絡し、当日の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、ご家庭へ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。		