

# 医療的ケア児保育園見学票

児童氏名  
(生年月日)

( 年 月 日生)

↓ 下記項目についてのご記入をお願いします。

## 1 入園申込みにあたっての事前確認について

- ☐ はい お子さんの体調不良の場合は保育園では、お預かりできないことを確認しましたか。
- ☐ はい 主治医に保育所での医療的ケアの実施について、実施可能か確認を取りましたか。

## 2 疾病、健康状態について

(1) 診断名(すべて)

(2) 通院している病院(診療科)と通院頻度について

- |       |     |            |
|-------|-----|------------|
| 1 病院名 | 診療科 | 頻度( 回 / 月) |
| 2 病院名 | 診療科 | 頻度( 回 / 月) |
| 3 病院名 | 診療科 | 頻度( 回 / 月) |
| 4 病院名 | 診療科 | 頻度( 回 / 月) |

(3) 直近に退院された日と入院していた理由を教えてください。

西暦 年 月 日 理由:

(4) 保育園での服薬の有無

- ☐ あり ⇒ 薬名( )・服薬時間( )・服薬方法( )
- ☐ なし

(5) 今後予定されている手術や検査の有無

- ☐ あり ⇒ 手術( )・時期( ) / 検査( )・時期( )
- ☐ なし

## 3 医療的ケアの内容・方法について

(1) 必要な医療的ケア

- |                                               |                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻経管栄養・胃ろう・腸ろう) | <input type="checkbox"/> 吸入(ネブライザー)         |
| <input type="checkbox"/> 吸引(口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内) | <input type="checkbox"/> インスリン注射(皮下注射の管理含む) |
| <input type="checkbox"/> 導尿                   | <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストーマ)         |
| <input type="checkbox"/> 酸素療法(在宅酸素療法)の管理      |                                             |

(2) 1日の生活リズム、睡眠授乳、食事、医療的ケア(手順・時間帯・回数・実施者)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

<記入例>

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

経管栄養 ← 睡眠 → 食事 経管栄養 食事 経管栄養 リハビリ 食事 経管栄養 ← 睡眠 →

NS OT

→ 裏面へ

医療的ケア児保育園見学票  
(裏面)

|                                                    |                                                     |   |  |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---|--|
| 4 訪問看護ステーション等の利用の有無⇒ ※ありの場合は、利用している施設名称や頻度をご記入ください |                                                     |   |  |
| □ あり                                               | 訪問看護ステーション名称：_____                                  |   |  |
|                                                    | 訪問看護ステーションの利用頻度：（1日__回）（月・火・水・木・金・土・日） リハビリ：□あり □なし |   |  |
|                                                    | 訪問看護ステーション名称：_____                                  |   |  |
|                                                    | 訪問看護ステーションの利用頻度：（1日__回）（月・火・水・木・金・土・日） リハビリ：□あり □なし |   |  |
|                                                    | 児童発達支援 名称：_____                                     |   |  |
|                                                    | 利用頻度：（月・火・水・木・金・土・日） 時間帯（ : ~ : ）                   |   |  |
|                                                    | その他 名称：_____                                        |   |  |
| 利用頻度：（月・火・水・木・金・土・日） 時間帯（ : ~ : ）                  |                                                     |   |  |
| □ なし                                               |                                                     |   |  |
| 5 在宅ケアや生活について相談している機関の有無                           |                                                     |   |  |
| □ あり                                               | □ 訪問看護ステーション □ 主治医 □ 病院看護師 □ ケースワーカー                |   |  |
|                                                    | □ 子ども家庭センター保健師 □ 医療的ケア児コーディネーター □ すこやか              |   |  |
|                                                    | □ 発達センター □ その他（ ）                                   |   |  |
| □ なし                                               |                                                     |   |  |
| 6 希望する保育園（希望順位が高い順にご記入ください。）                       |                                                     |   |  |
| 1                                                  |                                                     | 4 |  |
| 2                                                  |                                                     | 5 |  |
| 3                                                  |                                                     | 6 |  |
| 希望する保育時間 時 分 ~ 時 分                                 |                                                     |   |  |
| 7 保育園での留意事項                                        |                                                     |   |  |
|                                                    |                                                     |   |  |

※入園申込みにあたっては、別途、主治医からの指示書が必要です。  
※本確認書は、見学する保育園に見学時に持参し、その後保育園から保育課に提出し共有いたします。

|    |   |   |   |             |
|----|---|---|---|-------------|
| 令和 | 年 | 月 | 日 | 保護者氏名       |
|    |   |   |   | （電話番号 - - ） |

※以下は保育園記入欄です。

|           |              |
|-----------|--------------|
| 備考        |              |
| 見学日 / ( ) | 保育園名： 対応職員名： |
|           |              |